VII kadencja

KANCELARIA SEJMU
Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ **KOMISJI POLITYKI SENIORALNEJ (NR 13)**

z dnia 15 stycznia 2015 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Polityki Senioralnej (nr 13)

15 stycznia 2015 r.

Komisja Polityki Senioralnej, obradująca pod przewodnictwem posła **Michała Szczerby (PO)**, przewodniczącego Komisji, zrealizowała następujący porządek dzienny:

– wyzwania współczesnej geriatrii i gerontologii w Polsce.

W posiedzeniu udział wzięli: **Igor Radziewicz-Winnicki** podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Małgorzata Marcińska** podsekretarz stanu w Ministerstwie Pracy i Polityki Społecznej wraz ze współpracownikami, **Włodzisław Duch** podsekretarz stanu w Ministerstwie Nauki i Szkolnictwa Wyższego wraz ze współpracownikami, **Anna Chabiera** sekretarz Komisji Ekspertów do spraw Osób Starszych w Biurze Rzecznika Praw Obywatelskich, **Anna Solarska** specjalista w Biurze Pełnomocnika Rządu do Spraw Równego Traktowania w Kancelarii Prezesa Rady Ministrów, **Małgorzata Żyra** zastępca dyrektora Departamentu Badań Społecznych i Warunków Życia Głównego Urzędu Statystycznego, **Krzysztof Tuczapski** zastępca prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia do spraw medycznych wraz ze współpracownikami, **Janusz Szymborski** członek Rządowej Rady Ludnościowej, **Ewa Kuruliszwili** sekretarz generalny Polskiego Komitetu Pomocy Społecznej wraz ze współpracownikami, **Barbara Kucharska** zastępca dyrektora Mazowieckiego Centrum Polityki Społecznej, **Ewa Olsińska** naczelnik wydziału w Biurze Polityki Zdrowotnej Urzędu Miasta Stołecznego Warszawy wraz ze współpracownikami, **Zdzisław Szkutnik** członek Miejskiej Rady Seniorów w Poznaniu, **Zdzisław Czerwiński** członek Warszawskiej Rady Seniorów, **Lilia Kościńska** członek Rady Seniorów Dzielnicy Wilanów m. st. Warszawy, prof. dr hab. **Katarzyna Wieczorowska-Tobis** konsultant krajowy w dziedzinie geriatrii, prof. dr hab. **Danuta Ryglewicz** konsultant krajowy w dziedzinie neurologii, prof. dr hab. **Paweł Małdyk** konsultant krajowy w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu, dr hab. **Danuta Mielżyńska-Švach** konsultant krajowy w dziedzinie zdrowia środowiskowego, prof. dr hab. **Barbara Bień** kierownik Kliniki Geriatrii oraz prof. dr hab. **Stanisław Sierakowski** kierownik Kliniki Reumatologii i Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku wraz ze współpracownikami, dr hab. **Adam Fronczak** kierownik Zakładu Zdrowia Publicznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego wraz ze współpracownikami, prof. dr hab. **Maria Barcikowska** kierownik Zespołu Kliniczno-Badawczego Chorób Zwyrodnieniowych Centralnego Układu Nerwowego w Instytucie Medycyny Doświadczalnej i Klinicznej im. Mirosława Mossakowskiego oraz prof. dr hab. **Ewa Sikora** kierownik Pracowni Molekularnych Podstaw Starzenia w Instytucie Biologii Doświadczalnej im. Marcelego Nenckiego Polskiej Akademii Nauk, dr **Małgorzata Mossakowska** pracownik naukowy Międzynarodowego Instytutu Biologii Molekularnej i Komórkowej w Warszawie, dr **Piotr Bednarski** dyrektor Instytutu Reumatologii im. Eleonory Reicher w Warszawie wraz ze współpracownikami, dr hab. **Teresa Wierzba-Bobrowicz** kierownik Zakładu Neuropatologii Instytutu Psychiatrii i Neurologii, dr hab. **Dariusz Włodarek** kierownik Zakładu Dietetyki na Wydziale Nauk o Żywieniu Człowieka i Konsumpcji Szkoły Głównej Gospodarstwa Wiejskiego, dr hab. **Barbara Szatur-Jaworska** kierownik Zakładu Teorii i Metodologii Polityki Społecznej w Instytucie Polityki Społecznej Uniwersytetu Warszawskiego, dr hab. **Ewa Kozdroń** kierownik Zakładu Metodyki Rekreacji na Wydziale Turystyki i Rekreacji Akademii Wychowania Fizycznego w Warszawie, prof. dr hab. **Adam Kurzynowski** pracownik naukowy Wydziału Socjologii Akademii Humanistycznej im. Aleksandra Gieysztora w Pułtusku, dr **Ewa Gołębiowska** kierownik Katedry Zarządzania Projektami na Wydziale Zarządzania Społecznej Akademii Nauk, prof. dr hab. **Andrzej Borówka** kierownik Kliniki Urologii Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego wraz ze współpracownikami, dr **Anita Gębska-Kuczerowska** kierownik Studium Zdrowia Publicznego w Narodowym Instytucie Zdrowia Publicznego – Państwowym Zakładzie Higieny, dr hab. **Tadeusz Parnowski** prezes Polskiego Towarzystwa Psychogeriatrycznego, dr **Janusz Meder** prezes Polskiej Unii Onkologii, prof. dr hab. **Roman**

Lorenc przewodniczący Wielodyscyplinarnego Forum Osteoporotycznego w Instytucie „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka", prof. dr hab. **Janusz Wyzgał** dyrektor Szpitala Klinicznego Dzieciątka Jezus w Warszawie, **Barbara Misińska** prezes Stołecznego Centrum Opiekuńczo-Leczniczego Sp. z o. o., **Wiktor Masłowski** prezes zarządu Centrum Leczniczo-Rehabilitacyjnego i Medycyny Pracy „Attis" Sp. z o. o. w Warszawie, **Krzysztof Żyndul** prezes zarządu Uzdrowiska Konstancin Zdrój SA, **Zbigniew Ogonowski** dyrektor Centrum Usług Socjalnych i Szkolenia Kadr Pomocy Społecznej „Ośrodek Nowolipie", dr **Krzysztof Sawiński** prezes Wielkopolskiego Stowarzyszenia Wolontariuszy Opieki Paliatywnej „Hospicjum Domowe" w Poznaniu wraz ze współpracownikami, **Małgorzata Druś** dyrektor Domu Pomocy Społecznej „Wójtowska" w Warszawie, **Jakub Nowicki** starszy pracownik socjalny w Domu Pomocy Społecznej „Leśny" w Warszawie, **Joanna Jaroszek** pracownik socjalny w Domu Pomocy Społecznej „Chemik" w Warszawie, **Dorota Czyszek** starsza pielęgniarka w Domu Pomocy Społecznej im. św. brata Alberta w Warszawie, **Justyna Korczak-Kurpińska** wiceprezes zarządu Centrum Medycznego Rajmedica Sp. z o. o. wraz ze współpracownikami, Centrum Medycznego Synexus, **Anna Korczak** wiceprezes zarządu Rekolmed Sp. z o. o., **Marta Szkupińska** pracownik administracyjny Ośrodka Opiekuńczo-Rehabilitacyjnego Lux Med Tabita, **Paulina Troć** i **Konrad Szczodrak** pracownicy Synexus Polska Sp. z o. o., **Elżbieta Ostrowska** przewodnicząca Polskiego Związku Emerytów, Rencistów i Inwalidów, **Elżbieta Kamińska** prezes Europejskiego Centrum Uniwersytetów Drugiego i Trzeciego, **Sławomira Pieńkowska** prezes zarządu Pierwszego Żoliborskiego Uniwersytetu Trzeciego Wieku wraz ze współpracownikami, **Jolanta Osińska** prezes zarządu Uniwersytetu Trzeciego Wieku Woli i Bemowa wraz ze współpracownikami, **Roman Michalak** prezes zarządu Ekumenicznego Uniwersytetu Trzeciego Wieku, **Halina Pawełko** wiceprezes zarządu Warszawskiego Uniwersytetu Trzeciego Wieku im. Fryderyka Chopina w Warszawie, **Maria Surawska** wiceprezes zarządu Uniwersytetu Trzeciego Wieku w Wesołej, **Stanisław Trzmiel** wiceprezes zarządu Grochowskiego Uniwersytetu Trzeciego Wieku wraz ze współpracownikami, **Krystyna Bielowska** członek zarządu Uniwersytetu Trzeciego Wieku im. Haliny Szwarc w Warszawie, **Stefan Jarecki** i **Antoni Nowocin** słuchacze Mazowieckiego Uniwersytetu Trzeciego Wieku, **Janina Burakowska** i **Kazimiera Szymerska** słuchacze Uniwersytetu Trzeciego Wieku im. prezydenta Stanisława Wojciechowskiego w Ursusie, **Wanda Chambers**, **Alicja Kędziorek**, **Krystyna Makowska**, **Cecylia Martone**, **Teresa Nosarzewska**, **Józef Roszczyk** i **Elżbieta Wiśniewska** słuchacze Wilanowskiego Uniwersytetu Trzeciego Wieku, płk **Miłosz Biały**, płk **Stanisław Kalski** i płk **Aleksander Kubacki** członkowie prezydium zarządu głównego Związku Żołnierzy Wojska Polskiego, **Marek Małysa** członek zarządu Polskiego Związku Brydża Sportowego, **Izabela Cymer** członek zarządu Stowarzyszenia „Syntonia", **Zofia Niczke** prezes Fundacji „Emeryt" wraz ze współpracownikami, **Joanna Mielczarek** dyrektor Stowarzyszenia „mali bracia Ubogich", **Renata Ekielska** członek zarządu Fundacji „Projektowanie Codzienności", **Agata Pałka** członek Fundacji „Zaczyn", **Jarosław Szczepański** prezes SJ Consulting, **Katarzyna Niedużak** właściciel Kancelarii Doradztwa Biznesowego oraz stali doradcy Komisji prof. dr hab. **Piotr Błędowski** i prof. dr hab. **Bolesław Samoliński**.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Elżbieta Przybylska**, **Jakub Krowiranda** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Dzień dobry państwu. Witam wszystkich bardzo serdecznie na 13. posiedzeniu Komisji Polityki Senioralnej. Chciałbym otworzyć posiedzenie Komisji.

Witam wszystkich zaproszonych gości. Chciałbym bardzo serdecznie przywitać panią marszałek Wandę Nowicką, którą witamy w naszym gronie. Chciałbym również przywitać pana Igora Radziewicza-Winnickiego podsekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia, panią Małgorzatę Marcińską podsekretarza stanu w Ministerstwie Pracy i Polityki Społecznej oraz pana Włodzisława Ducha podsekretarza stanu w Ministerstwie Nauki i Szkolnictwa Wyższego. Szanowni państwo, chciałbym powitać wszystkich państwa indywidualnie i grupowo, ponieważ liczę na dyskusję i to, że także państwo będą mogli w dużej części zabrać głos w dzisiejszej dyskusji, która jest poświęcona wyzwaniom współczesnej geriatrii i gerontologii.

Ksiądz Adam Boniecki w zeszłym roku w „Tygodniku Powszechnym" napisał wstępniaka dotyczącego numeru, który był poświęcony starości. W tym artykule napisał: „Nie ma co się pocieszać, że to jeszcze nie zaraz. Do starości musimy przygotować się, póki

jesteśmy względzie młodzi". Te słowa redaktora „Tygodnika Powszechnego" pokazują nam, że do starości musi się przygotować każdy z nas, żyjąc zdrowo, bezpiecznie, odpowiedzialnie, inwestując w siebie, ale do starości polskiego społeczeństwa musi się także przygotować rząd, parlament, samorząd, jak też świat medycyny, geriatrii, gerontologii i system ochrony zdrowia.

Szanowni państwo, jesteśmy wszyscy świadomi wyzwań demograficznych. W roku 2010 populacja osób powyżej 65 roku życia to jest 5,1 mln osób, czyli 13% populacji. W roku 2035 populacja osób 65+ to będzie 8,35 mln osób, czyli 23% populacji, ale równocześnie w roku 2035 populacja osób w wieku produkcyjnym wyniesie o 2 mln mniej niż obecnie. To są również wyzwania, które stoją przed polityką zdrowotną i polityką społeczną. Zadaniem sejmowej Komisji Polityki Senioralnej jest integracja różnych podejść i podejmowanie działań w kierunku wspierania rządu w kształtowaniu polityki państwa, która zapewni zdrowe, godne i aktywne starzenie się.

Spotykamy się dzisiaj, rozmawiając o geriatrii i gerontologii, o nowych wyzwaniach, ale mamy pełną świadomość tego, że nie interesują nas w żaden sposób działania fasadowe, działania wizerunkowe. Interesuje nas polityka, która będzie polityką odwagi i polityką odpowiedzialności, także za przyszłe pokolenia. Interesują nas przede wszystkim rozwiązania systemowe. Te rozwiązania systemowe w geriatrii i gerontologii są potrzebne. O nich także chcielibyśmy dzisiaj porozmawiać. Oczywiście, jeśli chodzi o współczesne społeczeństwa, a także współczesną medycynę, przede wszystkim jest kilka obszarów, które wymagają szczególnej troski. Niewątpliwie do tych obszarów należą choroby serca, układu krążenia i choroby onkologiczne, ale wielką przestrzenią odpowiedzialności nas wszystkich są choroby związane ze starzeniem się społeczeństwa. W związku z tym już na etapie kształcenia studentów należy kształtować odpowiednie, specyficzne podejście do osób starszych, przygotowywać lekarzy i pielęgniarki, aby odpowiednio traktowali tę grupę wiekową. Podobnie jak pediatria, która też ukształtowała swoiste, odrębne, specyficzne podejście, tak? Chodzi o to, aby dotyczyło to też i seniorów, aby geriatria mogła inne dziedziny diagnozować, leczyć, operować, rehabilitować. W tym wszystkim potrzebne jest, oczywiście, wypracowanie standardów medycznych. Odpowiednia jest wreszcie... Witam serdecznie także przedstawicieli Narodowego Funduszu Zdrowia, pana wiceprezesa. Jest potrzebna też właściwa wycena.

Co jest też istotne w tym wszystkim, mianowicie chcielibyśmy dzisiaj rozmawiać też o zapowiedzi pani premier w *exposé*. Zapowiedzi, w której znalazł się postulat powołania w Polsce Instytutu Geriatrii. Chcielibyśmy, aby powstała taka niezależna, obiektywna – niekonkurująca także być może z innymi ośrodkami, gdzie są prowadzone badania kliniczne – jednostka, która będzie nadawała ton pracom badawczo-naukowym, zajmowała się kształceniem kadry medycznej, ale także pomagała nam przystosować wyniki badań i prac naukowych do zastosowania w praktyce. Oczywiście, istotną rzeczą jest też to, aby te wszystkie działania na rzecz zdrowia i wysokiej jakości życia miały charakter holistyczny, aby obejmowały wiele sfer życia i wymagały współpracy specjalistów z wielu dziedzin.

Chciałbym bardzo jasno powiedzieć, że – i takie jest podejście sejmowej Komisji – starzenie nie jest chorobą. Starzenie jest naturalnym etapem życia. A profilaktyka, wczesne wykrywanie chorób i ich fachowe leczenie umożliwiają uczynienie z tej fazy życia okresu wartościowego, okresu przynoszącego spełnienie.

Szanowni państwo, chciałbym na samym początku, przystępując do realizacji porządku dziennego, poprosić o zabranie głosu pana ministra Igora Radziewicza-Winnickiego. Bardzo proszę, panie ministrze.

Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Igor Radziewicz-Winnicki:

Dziękuję uprzejmie, panie przewodniczący. Pani marszałek, panie przewodniczący, wielce szanowni państwo profesorowie i ministrowie, dostojni uczestnicy tej niezwykle ważnej dyskusji i posiedzenia. Bardzo cieszę się, że Minister Zdrowia po raz kolejny może współuczestniczyć w budowaniu przyjaznego klimatu na rzecz rozwoju nie tylko polskiej geriatrii, która – jak wszyscy wiemy – jest dziedziną medycyny, ale przede wszystkim

polityki senioralnej, której geriatria i medycyna są, muszą być i będą immanentnym elementem.

Obszar dotyczący ochrony zdrowia osób starszych jest identyfikowany w MZ jako jedno z największych wyzwań polityki promocji zdrowia i wyzwań dla systemu opieki zdrowotnej naszego kraju. Jak bowiem wszyscy wiemy, jesteśmy populacją, której dynamika starzenia się – posługując się kategoriami demograficznymi – jest jedną z najżywszych wśród innych krajów Unii Europejskiej. Prawdę mówiąc, pomiędzy rokiem 1990 a rokiem 2035 spodziewamy się podwojenia populacji. Proszę? Że nie słychać, tak? Spodziewamy się podwojenia populacji, która jest identyfikowana przez demografów jako populacja osób w wieku *senilis*. Zmierzamy zatem od magicznej liczby 14,5% populacji do przeszło 30%, którą będziemy mieli – populacji spełniającej już demograficzną definicję starości, ale w pełni przychylam się do słów pana posła Szczerby. Proces nie jest procesem biernym.

Przede wszystkim dzięki staraniom MPiPS i wdrożeniu w naszym kraju polityki senioralnej podchodzimy do tego zjawiska jako do olbrzymiego wyzwania społecznego, ponieważ zmieniamy obraz starzenia się i starości. Starość czy nabieranie lat, zwiększanie wieku nie jest immanentnie związane z procesem pogarszania się stanu zdrowia i nie może być. Stąd też podejmujemy coraz więcej działań natury profilaktycznej, dotyczących edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia, kierowanych do osób w różnym wieku, przede wszystkim począwszy od populacji osób jeszcze aktywnych zawodowo, ale już zbliżających się do wieku emerytalnego, żeby inwestować w kapitał zdrowotny tych ludzi, wyrabiać w nich umiejętności prozdrowotnego stylu życia – tak, żeby zachowywali owe możliwie najwyższe standardy zdrowotne w przyszłych dekadach swojego życia.

Olbrzymim wyzwaniem jest zatem – myśląc już wyłącznie o działaniach Ministra Zdrowia – nie tylko dostosowanie systemu opieki zdrowotnej do zmieniających się potrzeb zdrowotnych i medycyny wieku senioralnego, ale chodzi tu nie tylko o działania z zakresu medycyny naprawczej, lecz przede wszystkim o budowanie szeregu publicznych, krajowych, a także samorządowych programów zdrowotnych, które będą nakierowane na edukację zdrowotną, na wyrabianie umiejętności zdrowego życia. Jest to o tyle istotne, że przecież mamy takie wielkie wyzwania zdrowia publicznego, jak obciążenie chorobami cywilizacyjnymi, jak otyłość, jak cukrzyca. To są wszystko choroby cywilizacyjne, których – biorąc pod uwagę czynniki ryzyka ich występowania – potencjalnie można uniknąć, jeżeli odpowiednio wcześnie by zainwestować w takie formy zachowań i taki rodzaj oddziaływań prozdrowotnych, które zmienią styl życia populacji.

To się dzieje, co sukcesywnie obserwujemy, biorąc pod uwagę czy badania Głównego Urzędu Statystycznego, czy prowadzone metodą kwestionariuszową badania dotyczące samooceny stanu zdrowia. Dzięki tym badaniom obserwujemy dziś poprawę samopoczucia i poprawę stanu zdrowia polskich seniorów w stosunku do tego, co deklarowano 10, 15 i 20 lat temu. Zatem obraz dzisiejszego polskiego seniora jest często zupełnie inny niż dyskurs publiczny, nie tylko dlatego, że... Prócz zagadnień polityki senioralnej w MZ zajmuję się polityką lekową. Zawsze z niepokojem obserwuję pewien skrót myślowy, powtarzany przez *mass media*. Kiedy mowa o starzeniu się i o populacji 60+, to zwykle obraz kamery ukazuje starszą panią o lasce, która odchodzi od okienka aptecznego. Nie taki jest obraz polskiego seniora. Znany nam obraz polskiego seniora i taki, do którego dążymy, to jest ten znany z uniwersytetów trzeciego wieku. To jest obraz człowieka aktywnego społecznie, w pełni sprawnego intelektualnie, który cieszy się swoim życiem, a który wykorzystuje systemy zabezpieczenia społecznego, w tym zabezpieczenia zdrowotnego do tego, by w możliwie najdłuższym czasie utrzymywać swój stan zdrowia w dobrej formie.

Nie ulega zatem wątpliwości, że – wszak starzenie się biologiczne powoduje częstsze występowanie różnych chorób przewlekłych – systemy zabezpieczenia społecznego i zabezpieczenia zdrowotnego muszą wypracować takie formy współpracy i koordynacji udzielanych świadczeń na poziomie operacyjnym, żeby tam, gdzie ludzie żyją, umożliwiać skuteczną realizację życia społecznego tych osób. Z jednej strony muszą umożliwiać dostęp do nowoczesnych i bardzo precyzyjnie dopasowanych form pomocy, których zadaniem będzie przede wszystkich kompensacja tych deficytów zdrowotnych, które

pojawiają się w związku ze starzeniem się populacji. Z drugiej strony chodzi o integrację form leczenia i różnych nowatorskich form wsparcia społecznego tak, by one nie powtarzały się, ale przenikały.

Z punktu widzenia samego systemu opieki zdrowotnej, o czym mówimy dziś i z czego zdajemy sobie sprawę, na pierwszy plan wyłania się olbrzymie wyzwanie przetworzenia dzisiejszego systemu opieki zdrowotnej, planowanego jednak w latach 40. i 50. dla zupełnie innej populacji i struktury demograficznej, w kierunku populacji, w której 30% osób już niebawem będzie w wieku senioralnym. Konieczne jest zatem stworzenie większej dostępności do sieci poradnictwa geriatrycznego. W tym też celu pani premier wspomogła nas decyzyjnie i tworzymy Instytut Geriatrii. Jeżeli pan przewodniczący pozwoli, poproszę później pana dyrektora Piotra Bednarskiego o wygłoszenie kilku słów do wysokiego gremium z opisem sytuacji, ewentualnych planów działań i kalendarium zmian instytucjonalnych, które zmierzają do stworzenia w Warszawie Instytutu Geriatrii.

Z drugiej strony olbrzymim wyzwaniem jest zwiększenie dostępności do leczenia i do poradnictwa geriatrycznego możliwie w miejscu zamieszkania. Zatem warto podkreślić, że już dziś zreformowaliśmy definicję podstawowej opieki zdrowotnej, gdzie dopuściliśmy szerszy katalog lekarzy, a mianowicie lekarze specjaliści chorób wewnętrznych mogą być lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej. A intencją naszą jest to, by korzystając ze zmienionych ścieżek wyszkolenia zawodowego, a przede wszystkim uproszczonej drogi uzyskiwania samodzielności zawodowej jako specjalista geriatra, ci lekarze interniści mogli uzupełniać swoje wykształcenie i stać się z czasem lekarzami geriatrami. Uruchomiliśmy więcej nowych miejsc akredytowanych do specjalizacji z geriatrii. No, i jesteśmy – zgodnie z następną sugestią pani premier – na etapie uruchamiania etatów rezydenckich, już bezpośrednio wytypowanych do kształcenia tylko i wyłącznie lekarzy geriatrów bez wcześniejszego kształcenia z innych dziedzin medycyny, czyli w tzw. systemie modułowym, co znacznie upraszcza i skraca czas dojścia do samodzielności zawodowej tej grupy lekarzy.

Nie ulega także wątpliwości, że przed nami działanie głównie spoczywające na podstawowej opiece zdrowotnej, a mianowicie integracja leczenia i integracja świadczeń zdrowotnych udzielanych przez różne grupy lekarzy. Bowiem pacjenci w wieku senioralnym, często mający kilka jednostek chorobowych, podlegają przecież poradnictwu i leczeniu różnych lekarzy i różnych poradni specjalistycznych. To właśnie integracja tych działań jest zgodna z podstawowym duchem medycyny wieku senioralnego i gwarantuje uzyskanie jak największej korzyści terapeutycznej przy minimalizowaniu negatywnych następstw leczenia wieloma lekami.

Jest to o tyle istotne, że zagadnienia te stają się przedmiotem debaty publicznej. Prowadzi ona często do bardzo mylnych wniosków wskutek daleko idących uproszczeń. Mam tutaj na myśli pojawiające się co pewien czas propozycje zwiększenia dostępności do leków za darmo. Mamy dwie inicjatywy ustawodawcze, których celem jest stworzenie dostępności do wszystkich leków w zależności od kryterium wiekowego i kryterium dochodowego. Jest to, oczywiście, idea, która wydaje się na pierwszy rzut oka realizować zasady pomocy państwa dla osób potrzebujących, ale w debacie publicznej zabrakło gremium specjalistów tu obecnych, którzy by siłą swojego autorytetu naukowego byli w stanie powiedzieć, że przecież jest to rozwiązanie, które w prostym przyjęciu spowoduje tylko i wyłącznie wzrost polipragmazji, wzrost ryzyka powikłań lekowych. My dzisiaj mamy już w Polsce niepokojąco duży odsetek seniorów, którzy zażywają dziesięć i więcej leków. Jeżeli te leki będą w ogóle za zero złotych, to seniorzy będą zażywali piętnaście czy więcej leków i nie będzie to działanie, które przyczyni się do poprawy ich stanu zdrowia, do przedłużenia ich życia i do poprawy jakości ich życia, a przecież taki jest główny cel polityki senioralnej, nie zaś proste zwiększanie konsumpcji leków.

A zatem pokładam w tym dzisiejszym spotkaniu, jak i we wszystkich innych spotkaniach realizowanych przez pana przewodniczącego, olbrzymią nadzieję na podniesienie naukowości i podniesienie merytorycznej wartości w tej debacie publicznej, która dotyczy polityki senioralnej i wyzwań dla systemu opieki zdrowotnej. Myślę, pani minister, że dotyczy to także zabezpieczenia społecznego – tych świadczeń, które są rzeczywiście potrzebne i tych świadczeń, które są skuteczną interwencją, podnoszącą jakość życia,

wydłużającą czas życia i dającą radość z tego, że nasze społeczeństwo zmienia się w kierunku społeczeństwa o bogatym doświadczeniu życiowym i zupełnie innej strukturze demograficznej niż miało to miejsce jeszcze kilkanaście lat temu.

Tym, co stanowi bez wątpienia wyzwanie dla resortu zdrowia na najbliższe lata, jest polityka kadrowa. Z jednej strony to sukcesywne wzrastanie liczby lekarzy geriatrów, ale przede wszystkim wzmacnianie liczebności dostępnych pracowników opieki zdrowotnej w innych kwalifikowanych zawodach, zwłaszcza pielęgniarek. Z drugiej to dostępność do świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki długoterminowej. Te działania muszą przebiegać w powiązaniu z koordynacją udzielanych świadczeń przez system zabezpieczenia społecznego, albowiem na poziomie operacyjnym zawsze okazuje się, że kryteria objęcia pacjenta bądź klienta – różnimy się terminologią – opieką ZOL (zakładu opiekuńczo-leczniczego), czyli zdrowotną opieką długoterminową, czy też pomocą opieki społecznej często są zbieżne albo nakładają się na siebie i wymagają zindywidualizowanych decyzji podejmowanych w strukturach lokalnych, w strukturach samorządowych. To jest ta droga, która pozwoli nam osiągnąć cel nadrzędny, czyli utrzymanie tak długo człowieka w naturalnych dla niego strukturach społecznych funkcjonowania, jak tylko to możliwe. Chodzi o dostosowywanie instytucjonalnej pomocy bądź innej kwalifikowanej pomocy, udzielanej przez służby społeczne, do wybranych potrzeb zdrowotnych konkretnego pacjenta, a nie udzielanie ich *an bloc* w sposób niezintegrowany, bo to jest działanie, które jest nieakceptowalne społecznie.

Jeśli pan przewodniczący pozwoli, to wystąpienie zakończę na tym etapie, albowiem materiał przekazałem Wysokiej Komisji. Nie chciałbym powtarzać tych danych liczbowych, wycen i liczby poszczególnych zakresów świadczeń zdrowotnych, które NFZ refunduje w tym zakresie. Myślę, że co do przesłań jesteśmy zgodni, że ten proces dostosowywania naszego systemu już się zaczął i potrwa on jeszcze wiele lat.

Pamiętajmy jednak o tym, że nie będzie tak nigdy, bo byłoby to niedobre dla naszych pacjentów, gdyby każdy, kto skończył 65 rok życia mógł się leczyć tylko i wyłącznie u lekarza geriatry, bo to nie jest cel ani zadanie. Myślę, że pani profesor, która jest konsultantem krajowym, zgodzi się z tą tezą, że to nie wiek tak naprawdę jest wyznacznikiem kwalifikacji do opieki geriatrycznej. Wszakże demografia stworzyła swoją definicję starości, ale wydaje się, że życie i oczekiwania społeczne każą nam zweryfikować obraz starości po pierwsze, a po drugie definicję starości, bo one już chyba dzisiaj nie przystają do oczekiwań, realnych celów i osiąganych celów w polityce senioralnej. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Bardzo dziękuję, panie ministrze.

Podsekretarz stanu w MZ Igor Radziewicz-Winnicki:

Pan przewodniczący się upomina o wystąpienie pana dyrektora Bednarskiego. Panie dyrektorze, pan przewodniczący Szczerba wprowadził zasadę wystąpień z mównicy. Zapraszamy tu pana dyrektora.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Niekoniecznie. Dobrze.

Dyrektor Instytutu Reumatologii im. Eleonory Reicher w Warszawie dr n. med. Piotr Bednarski:

Panie przewodniczący, szanowni państwo. Czy teraz lepiej? Tak?

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Możemy też, panie dyrektorze...

Dyrektor Instytutu Reumatologii Piotr Bednarski:

Może głośniej będę mówił. Teraz lepiej czy nie? Szanowny panie przewodniczący, szanowni państwo, chcę powiedzieć, że jest mi niezmiernie miło i jestem zaszczycony tym, że jako dyrektor Instytutu Reumatologii mam szansę uczestniczyć w sprawie tak ważnej dla społeczeństwa polskiego. Jest to zmiana systemowa czy prosystemowa, czyli zmiana niezwykle istotna dla całego społeczeństwa, które – jak wspomniał pan minister – będzie coraz bardziej się starzało. Będziemy mieć coraz więcej osób w podeszłym wieku.

Instytut Reumatologii, którym kieruję, jest jednostką niezwykle doświadczoną w dziedzinie reumatologii, rehabilitacji, neuroortopedii, neurotraumatologii. Jest to jedyny instytut naukowo-badawczy w Polsce, który często zajmuje się bardzo rzadkimi przypadkami, stąd też Instytut Reumatologii zatrudnia wielu wspaniałych specjalistów, zarówno naukowców, jak i klinicystów, którzy doskonale zdają sobie z tego sprawę, jak wygląda nowoczesne leczenie, ale także jak wyglądają zmiany systemowe, bo w tych zmianach na bieżąco uczestniczą od wielu lat. Instytut Reumatologii ma ponad 60-letnią tradycję. Przez ten czas – oprócz wspaniałej kadry naukowej i klinicznej – wykształcił bardzo nowoczesne i szerokie zaplecze diagnostyczne.

Te wszystkie cechy, czyli kadra naukowa i zaplecze, są gwarantem tego, że zadanie powierzone Instytutowi Reumatologii przez MZ, jakim jest poszerzenie działalności o geriatrię, będzie dobrze zrobione. Wywiążemy się z tego jak najlepiej umiemy. Mam nadzieję, że spotka się to z pozytywną reakcją, jak też i pomocą specjalistów, których Instytut Reumatologii w tej chwili nie posiada, mianowicie specjalistów z dziedziny geriatrii i gerontologii. Chciałbym przy tej okazji powiedzieć, że ta nowa działalność Instytutu Reumatologii jest tylko rozszerzeniem tej działalności, którą prowadzimy z panią Ewą od wielu lat. Rozszerzenie to nie odbędzie się w najmniejszym stopniu kosztem naszych pacjentów, naszych lekarzy i naszych pracowników. Cały czas działania, które podejmujemy – które podejmuję jako dyrektor wspólnie z pracownikami Instytutu Reumatologii – powodują, że ta reumatologia się cały czas rozwija, że ta działalność bieżąca jest rozwijana. Przez ostatni kwartał zdołaliśmy przyjąć ponad 3 tys. więcej pacjentów. To jest wielki sukces, za który wielokrotnie dziękuję, bo to jest sukces naszych lekarzy, naszych klinicystów, pracowników tego instytutu.

Cieszę się też niezmiernie, że plany Ministra Zdrowia, dotyczące rozszerzenia działalności Instytutu Reumatologii o geriatrię, obejmują także rehabilitację, która w naszym instytucie stoi na najwyższym europejskim i światowym poziomie. Wszyscy wiemy, że pracownikiem instytutu, a jednocześnie konsultantem krajowym do spraw rehabilitacji jest niezwykle doświadczona pani profesor Księżopolska-Orłowska. Te narzędzia, które dostaniemy po przekształceniu naszego Instytutu Reumatologii w Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji pozwolą nie tylko na działalność w nowej dziedzinie medycyny, jaką jest geriatria, ale też gerontologia, lecz przede wszystkim pozwolą na rozszerzenie, utrzymanie i rozwój tej działalności, którą do tej pory prowadzimy. Te wszystkie rzeczy spotkały się, co dla mnie jest szczególnym powodem do dumy, ze zrozumieniem i aprobatą pracowników Instytutu Reumatologii, chociaż ta sprawa – jak sobie wszyscy państwo zdają sprawę – nie była prosta, co zaowocowało opinią rady naukowej. Rada, która ma za zadanie trzymanie pieczy nad prawidłowym funkcjonowaniem tego instytutu, zaopiniowała zmianę instytutu i rozszerzenie tej działalności pozytywnie, z czego jestem dumny i uważam, że jest to nasz wspólny sukces.

Te zadania, które pan minister zdrowia nałożył na Instytut Reumatologii, poszerzając jego działalność o geriatrię i gerontologię, nie są łatwe. Wszyscy sobie z tego doskonale zdajemy sprawę, że jest to proces długofalowy i wieloletni. Ten proces wymaga współpracy wielu specjalistów nie tylko z dziedziny geriatrii, ale też i specjalności pokrewnych, często też specjalności niezwiązanych z samym leczeniem, specjalności niemedycznych. Mam nadzieję, że idea, która niewątpliwie jest potrzebna Polsce i Polakom, czyli systemowe rozwiązanie dla społeczeństwa w dziedzinie geriatrii i gerontologii, znalezienie rozwiązań, które umożliwią prawidłowe czy dobre starzenie się tego społeczeństwa, będzie też częścią państwa. Na tej sali siedzą specjaliści różnych dziedzin. Mam nadzieję, że ta idea pozwoli na to, żeby w Narodowym Instytucie Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji skupić wszystkich najlepszych specjalistów z Polski, którzy będą wspólnie działać dla dobra naszego społeczeństwa. Wspólnie będziemy opracowywać opinie, będziemy próbowali wypracować standardy, będziemy mogli opracowywać wytyczne. Natomiast, jak wynika z dotychczasowych działań i współpracy z MZ oraz z MNiSW, mogę państwu zagwarantować, że uzyskamy wielkie wsparcie w tej dziedzinie. Jeżeli wspólnie zjednoczymy się wokół tej idei, ta idea ma szansę przynieść coś dobrego, przede wszystkim zaś być zmianą systemową – systemową dla naszego społeczeństwa. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Bardzo dziękuję panu dyrektorowi. Może zaproponuję takie procedowanie, że w tej chwili poprosimy o głos panią minister Małgorzatę Marcińską, podsekretarza stanu w MPiPS, a następnie pana ministra Włodzisława Ducha z MNiSW. Później kilka osób, które mam zapisane do głosu. Zaczniemy od pana profesora Piotra Błędowskiego, wiceprzewodniczącego Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego, który jest stałym doradcą naszej Komisji. Później prosimy o wystąpienie panią profesor Katarzynę Wieczorowską-Tobis, krajowego konsultanta do spraw geriatrii, która też zapisała się do głosu. Następnie głos zabiorą pani profesor Barbara Bień, kierownik Kliniki Geriatrii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku i pani profesor Barbara Szatur-Jaworska z Instytutu Polityki Społecznej Uniwersytetu Warszawskiego. Tutaj otwieramy listę także dla państwa, dla wszystkich chętnych, którzy chcieliby zabrać głos na dzisiejszym spotkaniu. Proszę o zgłoszenia do mnie. W tej części będą także głosy parlamentarzystów. O głos poprosiła w dalszej kolejności pani wiceprzewodnicząca Józefa Hrynkiewicz. Naszą dyskusję zakończy i podsumuje pan profesor Bolesław Samoliński, przewodniczący Rady do spraw Polityki Senioralnej przy Ministrze Pracy i Polityki Społecznej i stały doradca naszej Komisji. W tej chwili poproszę więc panią minister Marcińską. Bardzo proszę.

Podsekretarz stanu w Ministerstwie Pracy i Polityki Społecznej Małgorzata Marcińska:

Szanowny panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, szanowni goście, w związku z wyzwaniami w zakresie geriatrii i gerontologii w Polsce, które są przedmiotem dzisiejszych obrad, MPiPS realizuje szeroko pojętą politykę senioralną, której celem jest m.in. sprostanie tym wyzwaniom. O nich wczoraj... Lepiej słychać z trybuny? Myślałam, że lepiej będzie jednak stąd, z tego miejsca słychać.

Jak już wspomniałam, MPiPS realizuje szeroko pojętą politykę senioralną, której celem jest właśnie sprostanie wyzwaniom, które są przedmiotem dzisiejszych obrad Komisji. Mówiliśmy o tym także na wczorajszym posiedzeniu Komisji, gdzie m.in. rozmawialiśmy o kolejnym projekcie rządowym wynikającym z *exposé* pani premier, czyli projekcie dotyczącym realizacji dziennych domów „Senior-WIGOR" i klubów „Senior-WIGOR". O tym projekcie także wczoraj rozmawialiśmy.

Natomiast pragnę państwu pokrótce tylko przypomnieć, że – oczywiście – w związku z realizacją polityki senioralnej, oprócz bieżącej realizacji założeń długofalowej polityki senioralnej, przy Ministrze Pracy i Polityki Społecznej nad wszystkimi tymi założeniami pracuje Rada do spraw Polityki Senioralnej. Rozpoczęliśmy pracę w tym roku od ogłoszenia nowej, tegorocznej edycji Rządowego Programu na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych (ASOS). Celem wszystkich tych działań m.in. jest także realizacja tego, o czym wspomniał pan poseł Szczerba na wstępie, czyli zdrowego i aktywnego starzenia się.

Pragnę państwu powiedzieć nieco więcej o bardzo ważnym projekcie, jaki realizujemy. Jest to projekt ze środków Komisji Europejskiej „Strategia rozwoju usług opieki długoterminowej nad osobami starszymi". Celem projektu jest analiza obecnego stanu systemu opieki długoterminowej nad osobami starszymi w Polsce, a następnie określenie środków potrzebnych do poprawy systemu. Tutaj współpracujemy na bieżąco z MZ, które – można powiedzieć – oczywiście, jest naszym partnerem. Robimy to po to, aby z jednej strony – tak jak powiedziałam – dokonać stosownej analizy, jak też wypracować środki i strategię zmiany, tudzież poprawy systemu. W tym obszarze, w ramach tego projektu właśnie, przewidujemy działania, które mają na celu stworzenie kompleksowej strategii reform sprzyjających stworzeniu wydajnego systemu usług opieki długoterminowej nad osobami starszymi, włączenie opiekunów nieformalnych w rynek pracy – tutaj celem jest stworzenie nowych miejsc pracy właśnie w tym zakresie – i promowanie białych zawodów wśród młodzieży oraz osób po 50 roku życia, podejmujących – jak w przypadku młodzieży – decyzję o wyborze zawodu i o dalszym kształceniu lub – jak w przypadku osób po 50 roku życia – o zmianie dotychczasowego czy podjęciu nowego zawodu.

Bardzo ważne jest również wykorzystanie środków z nowej perspektywy 2014-2020, zarówno w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (PO WER), jak i regionalnych programów operacyjnych (RPO). O tym też wczoraj długo rozmawialiśmy, ponieważ właśnie wśród priorytetów na tę perspektywę znalazły się aktywne i zdrowe

starzenie się oraz zapewnienie szerokiego dostępu do usług opiekuńczych. Nasze ministerstwo planuje realizację projektów, których celem jest ułatwienie godzenia życia zawodowego i rodzinnego opiekunom osób o ograniczonej samodzielności oraz wypracowanie standardów opiekuńczych i asystenckich dla opiekunów. Właśnie w ramach nowej perspektywy ze środków PO WER planujemy rozpoczęcie działań, które są związane z przygotowaniem opiekunów osób starszych o różnym stopniu niesamodzielności. Natomiast zgodnie z filozofią nowej perspektywy celem naszego ministerstwa jest wypracowanie standardów, ale już bezpośrednie wsparcie i wypracowanie konkretnych rozwiązań będzie należało do RPO. Wszystkie działania koncentrują się natomiast właśnie wokół rozwoju usług opiekuńczych dostosowanych do potrzeb osób starszych, na zdrowym i aktywnym starzeniu się oraz na aktywności osób po 50 roku życia. Bardzo dziękuję.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Bardzo dziękuję pani minister. Poprosimy o głos pana ministra Włodzisława Ducha, podsekretarza stanu w MNiSW. Bardzo proszę, panie ministrze.

Podsekretarz stanu w Ministerstwie Nauki i Szkolnictwa Wyższego Włodzisław Duch:

Dziękuję bardzo. Proszę państwa, bardzo się cieszymy, że taki instytut powstaje. Muszę powiedzieć, że jesteśmy tutaj troszkę zapóźnieni, bo jest tyle różnych instytucji i klinik geriatrii. Wydaje się, że brak jest pewnej koordynacji właśnie badań naukowych. A badania naukowe, jak wiemy, w tym obszarze są kluczowe. Bardzo wiele się udało zrobić w ostatnich latach zupełnie fantastycznych procedur, które powoli trzeba będzie się nauczyć wdrażać do tego, żeby one się pojawiły jako powszechnie dostępne procedury.

Brakowało takiego instytutu badawczego, który kompleksowo się tym zajmuje. No, i ten instytut, który teraz powstanie, będzie prowadził badania naukowe, w tym koordynował właśnie te badania w wielu ośrodkach w obszarze gerontologii, geriatrii, reumatologii, rehabilitacji, ortopedii i mnóstwa rzeczy związanych z chorobami przewlekłymi i chorobami powodującymi niesamodzielność. Jednak przede wszystkim musi też przygotować standardy i wytyczne w obszarze geriatrii, reumatologii i rehabilitacji medycznej, jak też przygotować standardy dla kształcenia pracowników medycznych w dziedzinach związanych z opieką nad osobami starszymi.

Pan minister wspomniał tutaj o polityce kadrowej, która jest rzeczywiście kluczowa, ale z naszego punktu widzenia ważne jest też otwieranie czy przełamywanie barier pomiędzy różnymi dziedzinami medycyny, jak i dziedzinami nauk technicznych, informatyki i innych obszarów, które mają w tej chwili duży wpływ na sposoby – powiedzmy – leczenia, ale też właśnie na sposoby zachęcania do zdrowego życia. Różnego rodzaju prewencyjne działania są tutaj kluczowe. Z naszego punktu widzenia jako MNiSW problemy związane z interdyscyplinarnością, która jest konieczna w badaniach tego rodzaju, to są problemy, na których się będziemy skupiać. W tej chwili jest też cały szereg działań z punktu widzenia naszych agend i wykorzystania środków europejskich, które będziemy podejmować, czyli tworzyć programy. Narodowe Centrum Badań i Rozwoju w tej chwili ma już duży program w zakresie innowacyjnych metod medycznych – StrategMed. Jest cały szereg programów, które dotyczą również farmakologii i leków, ale będzie też cały szereg programów, które będą te różnego rodzaju inne metody techniczne, jak i informatyczne wprowadzać do praktyki medycznej.

Jak może państwo słyszeli, naszym wielkim sukcesem jest udział Uniwersytetu Medycznego w Łodzi w ogromnym programie europejskim, jakim jest *Knowledge and Innovation Communities* (Wspólnota Wiedzy i Innowacji), czyli KIC. Ma być sześć takich bardzo dużych programów w Europie. W programie, w których jest 140 instytucji, Łódź jest jedną z sześciu gwiazdek. *Innostars* to się nazywa. Ten program dotyczy właśnie aktywnego, zdrowego starzenia się. W ramach tego programu powstanie szereg projektów naukowych w tym obszarze.

Liczymy więc na to, że uda nam się właśnie wprowadzić cały szereg nowych projektów naukowych, które będą wspomagać działalność instytutu i że będzie miał on co robić w tym zakresie. Oczywiście, instytut będzie także prowadzić studia doktoranckie i różnego rodzaju kursy i szkolenia dla lekarzy, co jest też bardzo istotne z punktu widzenia

szkolnictwa wyższego. Będziemy brać w tym udział. Może tyle, bo nie chciałbym dyskusji skracać, która się zaraz na pewno nawiąże. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Bardzo dziękuję panu ministrowi za tę syntetyczną wypowiedź. Szanowni państwo, otwieramy wystąpienia. Poproszę pana profesora Piotra Błędowskiego wiceprzewodniczącego zarządu Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego, profesora Szkoły Głównej Handlowej oraz stałego doradcę Komisji o wystąpienie razem z prezentacją.

Stały doradca Komisji prof. dr hab. Piotr Błędowski:

Wysoka Komisjo, państwo ministrowie, szanowni państwo, chciałbym bardzo podziękować za możliwość zaprezentowania kilku uwag dotyczących kwestii związanych z polityką senioralną, dlatego że wprawdzie temat dzisiejszego wystąpienia dotyczy aktualnych wyzwań współczesnej gerontologii i geriatrii, ale te wyzwania swoim zakresem i horyzontem czasowym wykraczają znacznie, znacznie poza najbliższe lata. Zresztą sama nazwa Komisji – Komisja Polityki Senioralnej – upoważnia nas do tego, żebyśmy myśleli nie tylko w bieżących rozwiązaniach, ale także o tym, co czeka nas w kolejnych latach. O tym wspominał pan przewodniczący, w związku z tym nie chciałbym zanudzać państwa szczegółami, ale... Przepraszam, ale technika okazuje się zawodna.

Chciałbym jednak powiedzieć o czterech punktach, które wydają się szczególnie ważne. Pierwszy z nich dotyczy przygotowania jednostek i społeczeństwa. O przygotowaniu jednostek także wspominał pan przewodniczący na wstępie. Jednak tym, co wydaje mi się bardzo istotne, jest to, że przedstawiając rozmaite programy i formułując potrzeby, nie wykraczamy poza horyzont kilku lat, co jest zrozumiałe z punktu widzenia planowania, ale potrzebny nam jest pewien remanent – i remanent zadań, i remanent kosztów, jakie w przyszłości będziemy musieli ponieść w związku ze starzeniem się demograficznym ludności naszego kraju. Ta wiedza potrzebna nam będzie także do tego, żebyśmy mogli uzyskać akceptację dla pewnej specyfiki rozmaitych działań adresowanych do starszych osób.

Szanowni państwo, w cyklu życia człowieka nie ma żadnego innego etapu, w którym aspekty społeczne i medyczne wiązałyby się ze sobą tak bardzo ściśle i tak wzajemnie oddziaływały na siebie, potęgując konsekwencje wystąpienia jakiegoś problemu zdrowotnego albo problemu społecznego w tej drugiej dziedzinie życia. Ta specyfika zatem wymaga tego, żebyśmy rozpatrywali obie te dziedziny łącznie. Oczywiście, jest czymś zupełnie naturalnym, że przedstawiciele poszczególnych resortów przedstawiają swoje sprawozdania, ale zadanie Komisji polega właśnie na tym, żeby z tego można było stworzyć pewne założenia dla polityki, która pozwoli na to, żebyśmy w przyszłości odpowiednio zidentyfikowali wszystkie potrzeby, które są związane z wiekiem, które są dla tego wieku właściwe i które właściwe są także dla zmieniającej się sytuacji zdrowotnej.

No, i wreszcie jeżeli będziemy mieli tego rodzaju remanent, jeżeli będziemy mieli tego rodzaju identyfikację potrzeb, to trzeba sobie odpowiedzieć na pytanie o to, jakiego rodzaju potrzeby finansowe i kadrowe są z tym związane. Te potrzeby kadrowe wymagają także tego pewnie, żebyśmy sięgnęli trochę głębiej do Krajowych Ram Kwalifikacji (KRK) i odpowiedzieli sobie np. na pytanie, czy rzeczywiście potrzebujemy kształcić studentów na studiach licencjackich po to, żeby pełnili funkcję opiekunów osób niesamodzielnych, czy też możemy tym osobom wtedy przekazać jakieś zadania do wykonania.

Niezależnie od tego, jak mi się wydaje, musimy sobie także odpowiedzieć na pytanie o to, w jaki sposób polityka wobec osób starszych – polityka senioralna – powinna być koordynowana. Moim zdaniem, to jest klucz wszystkich działań, które są do realizacji w najbliższym czasie. Koordynacja, która wymaga wykorzystania i wiedzy, i doświadczenia, i możliwości poszczególnych resortów, ale także wykorzystania tych wszystkich warunków, które będą w przyszłości stwarzane przez rozwój organizacji pozarządowych, no i wreszcie poprzez dalsze doskonalenie działalności samorządowej. W związku z tym ośmieliłbym się powiedzieć, że polityka senioralna czy polityka wobec starości to jest taka polityka, która ma charakter wielosektorowy, która wymaga zidentyfikowania z imienia i nazwiska czy z nazwy partnerów dla tej polityki w skali lokalnej.

Jeżeli dzisiaj nawet mówimy o tym, że mamy już coraz więcej osób starszych i możemy dokładnie określić odsetki tych osób w naszym społeczeństwie, to przecież starość jest

zjawiskiem, które widzimy w skali lokalnej. W związku z tym to właśnie ta skala jest najbardziej predysponowana do tego, żebyśmy mogli organizować i realizować tę politykę, uwzględniając cały szereg kryteriów, które łączą się z wewnętrznym zróżnicowaniem populacji osób starszych. To wewnętrzne zróżnicowanie wynika nie tylko z wieku, nie tylko ze stanu zdrowia, ale także z miejsca zamieszkania, z sytuacji rodzinnej i wielu innych czynników. Uwzględnienie ich pozwoli nam na lepsze, bardziej skuteczne wykorzystanie tego potencjału, który zawsze będzie ograniczony, co nie ulega wątpliwości, ale jego optymalne wykorzystanie jest na pewno absolutnie możliwe.

Jeżeli tak, to myślę, że będziemy także w stanie zmienić sposób mówienia w naszym społeczeństwie o starości. Będziemy w stanie odejść od traktowania procesu starzenia się jako zagrożenia i obciążenia dla społeczeństwa, zaczynając podchodzić do tego jako do pewnego obiektywnego stanu, rozwojowi którego nie jesteśmy w stanie w tej chwili zapobiec. Musimy się do niego dostosować, wyszukując jak najwięcej rozmaitych szans, jakie są z tym związane i zdając sobie sprawę z tego, że pewne działania, jak tworzenie pewnych lokalnych, niszowych rynków pracy, to także korzyści dla społeczeństwa, wyrażające się chociażby nie tylko w zmniejszeniu liczby osób nieaktywnych zawodowo, ale także chociażby w zwiększeniu bieżących wpływów do budżetu.

Na zakończenie chciałbym powiedzieć o jeszcze jednej, wydaje się, że bardzo istotnej sprawie. Mianowicie zauważyłem, zwłaszcza w wystąpieniu pana ministra, że zabrakło mi, słuchając tego wystąpienia, takiego mocnego efektu dotyczącego badań. Proszę państwa, w każdym obszarze naszego życia badania i rozwój to są te siły napędowe, które pozwalają nam na to, żeby osiągać w przyszłości lepsze wyniki. Wydaje mi się, że to przecież właśnie 6 czy 7 lat temu MNiSW, zamawiając projekt badawczy „PolSenior. Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce", zrobiło bardzo istotny krok w kierunku odejścia od bieżących działań, traktowanych jako polityka wobec osób starszych, w stronę działań, które mają mieć charakter długookresowy. Jestem przekonany, że tego rodzaju badań i stworzenia pewnego zaplecza dla polityki senioralnej nam bardzo potrzeba.

W tym kontekście chciałbym powiedzieć dwa słowa jeszcze o projekcie Instytutu Geriatrii. Nie mam żadnego prawa, żeby interpretować słowa czy pana ministra, czy pani premiera, ale wtedy, kiedy pani premier mówiła o Narodowym Instytucie Geriatrii, to byłem skłonny traktować to raczej jako bardzo ważną, istotną wytyczną a nie jako decyzję. Proszę państwa, stoimy przed szansą, która być może nam się nie powtórzy w najbliższym czasie, żebyśmy znaleźli się w gronie najbardziej świadomych społeczeństw i państw, jeżeli chodzi o politykę wobec starości – przed szansą, która polega na tym, że możemy w tej chwili stworzyć, zbudować Instytut Gerontologii, a nie Instytut Geriatrii. Instytut, który może być naukowym zapleczem, który nie będzie się zajmował tylko i wyłącznie albo przede wszystkim kształceniem kadr, ale będzie się zajmował tworzeniem odpowiedniej bazy wiedzy i będzie mógł w związku z tym formułować rozmaite zalecenia dla poszczególnych podmiotów administracji publicznej. Sądzę, że niezależnie od tego, gdzie taki instytut miałby być zorganizowany, jest to sprawa warta zastanowienia i to bardzo chciałbym do państwa apelować.

Proszę mi wybaczyć, że na zakończenie, ale nie wyczerpałem i tak swojego czasu, pozwolę sobie pokazać państwu ten znak, który wiele osób – łącznie z tym samym komentarzem – z mojej strony słyszało. Jesteśmy jeszcze w tej dobrej sytuacji, że nie musimy tego znaku stawiać na ulicach, ale on już teraz powinien wisieć w gabinetach polityków na rozmaitych szczeblach, począwszy od państwowego, skończywszy na lokalnym. Powinien wisieć po to, żebyśmy zdawali sobie sprawę z tego, jak wielkie wyzwanie stoi przed nami i żebyśmy byli także tego świadomi, że wiedza o konsekwencjach i o zadaniach umożliwi nam temu wyzwaniu z całą pewnością sprostać. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Bardzo serdecznie dziękuję, panie profesorze, za wystąpienie, za ten głos gerontologa w naszej dyskusji. Bardzo serdecznie chciałbym teraz poprosić o zabranie głosu przez panią profesor Katarzynę Wieczorowską-Tobis, krajowego konsultanta do spraw geriatrii. Bardzo proszę, pani profesor.

Konsultant krajowy w dziedzinie geriatrii prof. dr hab. Katarzyna Wieczorowska-Tobis: Członkowie prezydium, szanowni państwo, pokażę państwu króciutko wyzwania współczesnej geriatrii i gerontologii z punktu widzenia geriatry. Jestem krajowym konsultantem do spraw geriatrii, ale jestem również prezesem zarządu Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego, więc muszę zacząć tak naprawdę od zdefiniowania pojęcia „gerontologia".

Jeśli myślimy o polityce senioralnej i o gerontologii, to właściwie możemy w jakiś sposób postawić znak równości między tymi dwoma pojęciami, choć mówiąc „polityka senioralna", widzimy to wszystko, co wiąże się z seniorem, ze starzejącym się człowiekiem. Widzimy zatem politykę społeczną i wszystkie jej aspekty, widzimy zatem ochronę zdrowia i wszystkie jej aspekty, widzimy prawo, widzimy architekturę. Natomiast najczęściej nie widzimy tego, że te wszystkie nauki, przede wszystkim medycyna, tak naprawdę w odniesieniu do starszej osoby wymagają biogerontologii. Wymagają zdefiniowania tego, co w procesie starzenia dzieje się z pojedynczymi komórkami w naszym organizmie i tego, co dzieje się z narządami, abyśmy sprawnie mogli dyskutować o tym, jak mamy się zestarzeć, po to, aby zestarzeć się dobrze, sprawnie i aktywnie. Niemniej jednak bez względu na to, czy postawimy znak równości między polityką senioralną i gerontologią, czy też spojrzymy na to tak, że polityka senioralna bardziej dotyczy jednostki w sensie człowieka, a biogerontologia struktur, z których on się składa, to musimy pamiętać, że bardzo ważnym elementem gerontologii jest biogerontologia. Mówiąc zatem o wyzwaniach dla gerontologii, musimy również o tym pamiętać.

Kontynuując niejako to, co powiedział wcześniej pan profesor Błędowski, chciałam pokazać państwu ogromny projekt, o którym profesor wspominał – projekt PolSenior, finansowany w latach 2007-2011 ze środków MNiSW. Ogromny projekt, unikalny w skali świata. Zdefiniowaliśmy proces starzenia w Polsce na wszystkich możliwych poziomach. My, wszyscy naukowcy zajmujący się procesem starzenia, pracowaliśmy przez wiele lat razem, dyskutując – w oparciu o na bieżąco uzyskiwane wyniki – o tym, co możemy zrobić, żeby w przyszłości ten proces wyglądał tak jak chcemy. Bardzo ważne jest to, że w ramach wniosków z tego projektu m.in. MZ razem z Centrum Kształcenia Podyplomowego stworzyło projekt systemowy „Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej". Pokazaliśmy w ramach tego projektu, że nie jesteśmy przygotowani do opieki nad osobami starszymi, więc stworzono system kształcący osoby pracujące w tym systemie po to, aby go ulepszyć. To jest niezwykle ważne. Proszę zobaczyć, rok 2007. Niedługo mija 10 lat. Myślę, że warto jest zapytać o finansowanie następnej transzy po to, aby odpowiedzieć na pytanie, czy to, co wdrożyliśmy, rzeczywiście działa.

Teraz króciutko bym chciała skupić państwa uwagę na geriatrii, żeby pokazać różnice między gerontologią a geriatrią, które są niezwykle ważne i pomiędzy geriatrią a całą medycyną wieku podeszłego czy medycyną senioralną. Proszę zobaczyć, to jest to, o czym mówił wcześniej pan minister zdrowia. Osoba starsza trafia do podstawowej opieki zdrowotnej. Lekarz rodzinny jest przygotowany do leczenia osoby starszej, jak zresztą do leczenia każdego pacjenta bez względu na wiek. Natomiast jeśli trafia na trudną klinicznie sytuację, wysyła tego pacjenta do konsultanta. W zależności od potrzeby wysyła do kardiologa czy diabetologa. Takim samym konsultantem jest również lekarz geriatra. W moim pojęciu podstawowa różnica jednak między kardiologiem czy diabetologiem a geriatrą jest taka, że każdy wie, gdzie jest najbliższy diabetolog i każdy wie, gdzie jest konsultująca poradnia kardiologiczna, natomiast prawie nikt nie wie, gdzie jest najbliższa konsultująca poradnia geriatryczna, co wynika z tego, że tych poradni prawie nie ma. I teraz każdy z nas, lekarzy, jest przygotowany do oceny elektrokardiogramu (EKG), ale nie jest tak, że każdy pacjent, który ma chorobę układu krążenia, trafia do kardiologa. Natomiast przypadek skomplikowany – taki, gdzie to EKG ma bardzo skomplikowany zapis – jest ewidentnie przypadkiem, który każdy z nas skieruje do kardiologa. Tak samo musimy zobaczyć geriatrię.

Geriatria ma specjalne narzędzia. Przeznaczona jest do bardzo czy najbardziej skomplikowanych pacjentów w wieku podeszłym. Geriatria posługuje się specjalnym narzędziem, którym jest całościowa ocena geriatryczna, czyli inaczej COG. Każdy może

wykonać tę ocenę, natomiast geriatrzy przez 2 lata uczą się interpretować wyniki tej oceny i uczą się tak postępować, żeby w wyniku podejmowanych działań zmniejszyć niesprawność pacjenta. Co to jest COG? COG jest tak naprawdę analizą ryzyka pogorszenia sprawności i jego przyczyn. Składa się z całego szeregu rozmaitych skal, gdzie pytamy o ryzyko tego, że pacjent będzie niesprawny. Chcemy, by był sprawny i żeby z bardzo dużą liczbą chorób pozostał w środowisku.

W związku z tym, jeśli mówimy o pacjencie geriatrycznym, jeśli mówimy o opiece geriatrycznej, to nie mówimy o osobie 70-letniej, która ma długą listę chorób. Tu mam cztery przykładowe. Mówimy o pacjencie geriatrycznym jako o osobie, która raczej ma ponad 80 lat, ma długą listę chorób, natomiast występują u niej tzw. wielkie problemy geriatryczne typu upadki, nietrzymanie moczu, niedożywienie, zaburzenia funkcji poznawczych. Pytamy przy pomocy COG, dlaczego tak jest i co możemy zrobić, żeby pacjent z istniejącymi tymi wszystkimi chorobami, które są na tej liście, był sprawny. U pacjentów z wielkimi zespołami geriatrycznymi występuje tzw. zespół kruchości. Bardzo łatwo u tych pacjentów o niesprawność.

Bardzo ważne jest też to, że – musimy to głośno powiedzieć, bo to wcześniej się pojawiło – geriatra sam nie jest na tyle wydajny, żeby wszystko zrobić. Potrzebny jest zespół geriatryczny. Potrzebny jest lekarz, który pracuje z pielęgniarką, z fizjoterapeutą i z psychologiem. Każdy z nich wykonuje element tej oceny i potem dokonuje się analizy. Wiemy o tym, że lekarz sam nie zrobi tyle, ile zrobi zespół. Z punktu widzenia sprawności pacjenta zespół jest niezwykle ważny.

Zobaczmy, jak to wygląda. Specjalistyczna opieka geriatryczna tak naprawdę oznacza opiekę ambulatoryjną, poradnie geriatryczne oraz oddziały szpitalne, oddziały geriatryczne. Przy czym zobaczcie, że średni czas hospitalizacji na oddziale geriatrycznym to jest około 7 dni. Jest u nas taki sam jak we wszystkich innych krajach w Europie. Mówię o tygodniu hospitalizacji. Czyli mówię o wyrwaniu osoby starszej z jej środowiska, z jej miejsca zamieszkania na możliwie jak najkrótszy czas, żeby szybko zdiagnozować, szybko ustalić leczenie i żeby najszybciej jak można tam wróciła. Wiemy o tym, że hospitalizacja jest ogromnym wyzwaniem dla starszej osoby. Klasycznie mylone są oddziały geriatryczne z oddziałami opieki długoterminowej, czyli takimi, gdzie powinien trafić pacjent zdiagnozowany, pacjent stabilny, który wymaga opieki i wtedy w zakładach opiekuńczo-leczniczych czy zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych przebywa długo.

Mówiąc o dostępności do usług geriatrycznych, możemy ją mierzyć liczbą lekarzy geriatrów i liczbą łóżek szpitalnych. Zobaczmy, jak wygląda system opieki geriatrycznej. W tej chwili system opieki geriatrycznej oparty jest o to, że każda starsza osoba hospitalizowana oceniana jest pod kątem ryzyka niesprawności. Wykonuje się u niej takie badanie przesiewowe. To jest wdrożone czy wdrażane w tej chwili. W wyniku tego badania przesiewowego znajdujemy pacjentów z ryzykiem niesprawności i mamy etap, który jest dla nas wyzwaniem, ponieważ musimy coś z nimi zrobić. Musimy zaproponować im całkowitą ocenę geriatryczną, ale nie mamy geriatrów, czyli jesteśmy w trakcie budowania tego systemu. Oznacza to tak naprawdę, że docelowo chcemy, aby każdy szpital posiadał jednostkę lub podjednostkę geriatryczną albo – co jest bardzo ważne – konsultujący zespół geriatryczny oraz na bieżąco pielęgniarkę ze specjalizacją z pielęgniarstwa geriatrycznego, która będzie monitorować sytuację i kontaktować się z resztą zespołu w miarę możliwości. Musimy zdefiniować okres przyszłości, kiedy jesteśmy w stanie to zrobić. To jest ogromne wyzwanie dla naszej geriatrii.

Ilu mamy geriatrów? Przeliczamy geriatrię na 100 tys. mieszkańców. Dane z 2011 r. dla Polski pokazują, że wtedy na 100 tys. mieszkańców było 0,66 geriatry. Te dane dla pozostałych krajów mają państwo z roku 2008, czyli 3 lata wcześniej. Wtedy już we wszystkich krajach Europy było dużo więcej geriatrów. Zobaczcie państwo, że w Czechach jest ponad 2 geriatrów na 100 tys. mieszkańców, a w Słowacji nawet ponad 3, nie mówiąc o dużo wyższych wartościach w krajach Europy Zachodniej. Zobaczcie jednak państwo, co zrobiliśmy, żeby tę sytuację zmienić. Docelowo minimalne zapotrzebowanie kadrowe to jest 2 geriatrów na 100 tys. mieszkańców. W 2011 r. mieliśmy 0,66. Pokazuję państwu dane Naczelnej Izby Lekarskiej na grudzień 2014 r. To są 343 osoby, uwzględniając osoby, które zdały egzamin w sesji jesiennej. Mamy zatem 0,9 na 100 tys., czyli

brakuje więcej niż połowy. Docelowo potrzebujemy około 750 specjalistów. Dotychczas w ciągu ostatnich 5 lat mamy roczny przyrost 30-40 specjalistów, a więc w ciągu 5 lat przyrost... To są dane NIL, czyli dane izby, która bezpośrednio rejestruje lekarzy, którzy kończą specjalizację. Dodałam 11 osób, które zdały egzamin teraz jesienią.

Zobaczcie państwo teraz, jak wygląda kwestia miejsc specjalizacyjnych. Pod koniec 2013 r. mieliśmy 141 miejsc specjalizacyjnych. Pod koniec grudnia 2014 r. mamy 224 miejsca specjalizacyjne, czyli w ciągu roku zwiększyliśmy liczbę miejsc specjalizacyjnych o 50%, w tym 83 rezydentury. Oznacza to, że jesteśmy przygotowani do kształcenia geriatrów. Zrobiliśmy już pierwszy krok. Zwiększyliśmy kształcenie i będziemy kształcić jeszcze więcej.

Jednak zobaczcie państwo, jak wygląda kwestia łóżek geriatrycznych. Tu też mają państwo dane dla różnych krajów Europy dla roku 2008. Oprócz Belgii, która zdecydowanie odbiega od reszty Europy, mają państwo dla Czech 5 łóżek na 100 tys. mieszkańców, dla Słowacji 14, natomiast dla Polski 3 lata później nadal zaledwie 1,8. Ważne jest to, że jeśli porównujemy przyrost łóżek w ciągu 5 lat, to liczba ta wzrosła z 500 do 700, co oznacza o jakieś 50%.

Proszę zobaczyć, jak wygląda realna sytuacja. W ciągu 5 lat zwiększyliśmy liczbę specjalistów o 100%, podczas kiedy liczbę łóżek zwiększyliśmy o niecałe 50%. Mamy więc paradoksalnie nadprodukcję specjalistów, dla których nie ma miejsc pracy. Lekarze kończą specjalizację z geriatrii. Niestety, w związku z brakiem zainteresowania tworzeniem nowych oddziałów geriatrycznych, jest problem z ich zatrudnieniem. Robią to, co robili przed specjalizacją. To jest ogromne wyzwanie dla polskiej geriatrii, żeby to zmienić.

I ostatnia rzecz, na którą chcę zwrócić państwa uwagę, to jest coś, co nazwałam piramidą edukacyjną z geriatrii. Tak naprawdę u podstawy tej piramidy jest każdy z nas. Podstawową wiedzę o procesie starzenia musi posiadać każdy z nas po to, byśmy mogli zestarzeć się optymalnie. Dalszą część dedykowałam lekarzom, ale tak naprawdę mogą państwo zobaczyć, że w miejsce lekarza można wstawić każdą inną profesję zajmującą się osobami starszymi. Z racji tego, że jestem lekarzem, mam tu lekarza. Proszę zobaczyć, że podstawową wiedzę z geriatrii musi posiadać każdy lekarz. Potencjalnie do każdego lekarza trafi osoba starsza. Lekarz musi wiedzieć, że postępowanie z tą osobą jest inne. Na szczycie tej piramidy mają państwo geriatrę – lekarza specjalistę ze szczegółową wiedzą z geriatrii.

Zapytajmy zatem o to, jak wygląda przekazywanie podstawowej wiedzy z geriatrii. W przeszłości geriatria nie była elementem nauczania. Dopiero nowy program kształcenia lekarzy, wprowadzony 3 lata temu, uwzględnia elementy geriatrii, co oznacza, że w systemie większość lekarzy bez specjalizacji z geriatrii nie posiada minimalnej wiedzy, bo nigdy z geriatrią i z podejściem geriatrycznym, jakim jest całościowa ocena geriatryczna, się nie zetknęła. Natomiast w związku z tym, że jest geriatria w nowym programie, w ciągu najbliższych 2 lat wszyscy lekarze, którzy będą kończyć studia oraz wszyscy, którzy będą kończyć potem, skończą kurs z geriatrii, a więc będą tę podstawową wiedzę posiadać.

Mamy bardzo dobrze przygotowaną kadrę na niektórych uczelniach. Mamy wielu przedstawicieli tej kadry, którzy mają skończoną tzw. Europejską Akademię Geriatrii (EAMA). To jest 2-letni kurs podyplomowy prowadzony w przeszłości w Szwajcarii, w tej chwili w różnych innych krajach, również w Europie. Natomiast ważne jest to, że nie wszystkie uczelnie posiadają jednostki geriatryczne i nie wszystkie uczelnie posiadają geriatrów, którzy będą kształcić kolejne pokolenia lekarzy, czyli ogromnym wyzwaniem dla geriatrii jest stworzenie jednostek geriatrycznych, klinik geriatrii posiadających bazę łóżkową, we wszystkich jednostkach kształcących kadrę medyczną.

Reasumując, w moim pojęciu główne wyzwania są dwa. Pierwszym jest zrównoważony rozwój całej opieki senioralnej czy gerontologii – zależności od przyjętej definicji – w oparciu o skoordynowane działania podejmowane w różnych sektorach. I po drugie, stworzenie systemu opieki geriatrycznej w oparciu o zbalansowane finansowanie i ujednolicony, zdefiniowany system kształcenia przeddyplomowego. Bardzo dziękuję.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Bardzo dziękujemy pani konsultant za tak ciekawą, interesującą prezentację dotyczącą geriatrii. Chciałbym teraz poprosić o zabranie głosu panią profesor Barbarę Bień, kierownika Kliniki Geriatrii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. Zapraszam panią profesor.

Kierownik Kliniki Geriatrii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku prof. dr hab. Barbara Bień:

Panie przewodniczący, wysokie prezydium, szanowni państwo, przede wszystkim dziękuję za zaproszenie panu profesorowi Samolińskiemu, bo reprezentuję tutaj Fundację na rzecz Zdrowego Starzenia się, ale nie tylko. Jestem przede wszystkim geriatrą praktykiem od początku świata, czyli całe życie leczę starszych pacjentów i w tym kierunku rozwijam również swoją karierę zawodową.

Poproszono mnie o to, żeby nakreślić przyszłość geriatrii. Czy ma szansę się rozwinąć czy nie? W świetle tego, co usłyszeliśmy dzisiaj z ust gerontologów, polityków i decydentów, czyli naszych ministrów, mamy taki optymizm, że opieka nad osobą starszą ma szansę się rozwijać. Jednak z perspektywy praktyka może być z tym nieco gorzej. Otóż z uwagi na to, że bardzo często używamy takich określeń jak „geriatria", „opieka geriatryczna", „pacjent geriatryczny", a jednocześnie „opieka senioralna", „opieka nad osobą starszą", chciałabym na samym początku bardzo wyraźnie zdefiniować geriatrię.

Co to jest geriatria? „Geriatria" nie jest tak szeroko pojmowanym pojęciem. Odnosi się ono konkretnie do specjalizacji medycznej i to szczegółowej – jak dotąd, w tym starym systemie – która jest zorientowana na rozwiązywania różnych problemów zdrowotnych i chorób zależnych od wieku, z których przynajmniej jeden doprowadził do destabilizacji homeostazy, tak? Upadek, zapalenie płuc itd. Wykracza poza zakres interny istotnie, zwłaszcza o choroby zależne od wieku, z zakresu układu nerwowego, psychiki pacjenta, ale również wykracza poza zakres medycyny. Stąd pan profesor Błędowski jako polityk społeczny, socjolog, naukowiec o zainteresowaniach społecznych jest moim partnerem i kolegą. Podstawą jest zespół. Geriatra tylko kieruje i moderuje postępowaniem, wywołuje burzę mózgów, żeby rozwiązać indywidualny problem pacjenta, bo celem jest zawsze poprawa stanu funkcjonalnego, jakikolwiek by on nie był – choćby się zdawało, że sytuacja jest beznadziejna – i poprawa jakości życia.

W zasadzie z perspektywy całego życia można by powiedzieć i bardzo często to mówię, że geriatria jest skutkiem pediatrii, ponieważ z im wyższego poziomu wchodzimy w kolejny przedział wieku, tym w lepszej sytuacji się znajdujemy. Natomiast już u schyłku życia, niestety, luka sprawności i możliwości w tej kohorcie wieku bardzo się rozszerza. Mogą być ludzie sprawni, zdrowi i w ogóle niepotrzebujący geriatry. Wszystkim tego życzę. Niestety, mogą być ludzie – co prawda, również pojedynczy we wczesnej starości, bardziej liczni w późnej starości – którzy mają wielochorobowe problemy i wielonarządowe deficyty, z którymi naprawdę wspaniali specjaliści sobie nie radzą. Ci pacjenci są traktowani bądź jako blokerzy łóżek, bądź jako przypadki socjalne odsyłane do domu, a czasami można naprawdę wiele pomóc, jeżeli nawet niekoniecznie samemu pacjentowi, to rodzinie, która się opiekuje pacjentem w końcowej fazie życia.

Ponieważ geriatra w odróżnieniu od innych specjalistów, również wąskich... To jest taki paradoks, że geriatria jest specjalizacją wąską, szczegółową a jednocześnie tak holistyczną. Jest taka różnica, że pacjent średnio w wieku 80 lat trafia do przynajmniej czterech specjalistów. Tu mało mi się zmieściło obrazków. Jest to czasem sześciu specjalistów. Każdy rozpoznaje swoją chorobę zależną od wieku i nie pytając o współistniejące choroby, wypisuje leki. To wszystko kosztuje. To konwencjonalne podejście do starszych pacjentów. Nie nazywam go geriatrycznym, ponieważ kontakt z pacjentem poprzez jego chorobę nie jest opieką geriatryczną ani nie upoważnia danego specjalisty do określania siebie geriatrą.

Jeżeli natomiast ten sam pacjent z tymi samymi, zobrazowanymi na tych rysunkach chorobami trafi do geriatry, to fundusz wyda tylko pojedynczą – powiedzmy sobie – jednostkę, bo jesteśmy tak samo rozliczani jak każdy z poszczególnych, innych specjalistów od jednej choroby. Możemy sobie wybrać, którą najlepiej wyszacujemy. Prawie wszystkie

podobnie nisko są opłacane. Natomiast pacjent zostanie otoczony zespołem. Zostaną zdefiniowane wszystkie problemy, niekoniecznie takie, które są – powiedzielibyśmy – beznadziejne. Tak, są choroby neurodegeneracyjne, beznadziejne skutki chorób naczyniowych mózgu, skutki chorób metabolicznych, uszkodzenie nerek, ale zawsze szukamy jakiegoś ewentualnego elementu, który by można było zdjąć z tego pacjenta – wyleczyć infekcję, zastąpić soczewkę sztuczną, poprawić słuch, poprawić lokomocję, odstawić leki, żeby pacjent nie mdlał itd., ponieważ patrzymy na całego pacjenta i na 30 preparatów leczniczych, z których od razu wyrzucamy a z innymi się troszkę zastanawiamy.

Proszę państwa, i teraz ta nasza geriatria, o której tyle mówimy, bo całe dzisiejsze posiedzenie jest temu tematowi pośrednio poświęcone, konsumuje mniej niż 1% wydatków NFZ spośród wszystkich wydatków na osoby starsze 65+. O czym my w ogóle mówimy? Czy my pracujemy za darmo? Geriatrzy jeszcze wytrzymują, dojeżdżają do Warszawy do Luxmedów na weekendy, żeby zarobić w jeden weekend to, co przez cały miesiąc w swojej klinice.

A czy są obiektywne korzyści z naszej pracy? Wykazały to już metaanalizy opublikowane w bardzo renomowanych czasopismach, takich jak „Lancet", wiele lat temu. Proszę przeczytać. To są bardzo poważne wyniki. Geriatria zmniejsza ryzyko śmierci w ciągu roku o 22% w porównaniu do takiej samej interwencji, ale zaproponowanej przez inną specjalizację. Zwiększa prawdopodobieństwo dalszego mieszkania w swoim własnym domu. To są wyniki zagraniczne. U nas takich wyników nawet nie ma, bo jest kolejka do domów opieki, więc to jest jakby nieaktualne. Geriatria zmniejsza ryzyko ponownego przyjęcia do szpitala, rehospitalizacji o 12%. To jest bardzo ważne, bo szpital kosztuje. A co najważniejsze dla pacjenta, poprawia stan jego funkcjonowania i to jest naprawdę skarb. To jest nasza satysfakcja, która wynagradza najniższe pensje – niższe niż pielęgniarek o 400 złotych w moim oddziale, ponieważ pielęgniarki miały swoją ustawę, tzw. ustawę 203, a naprawdę nie są to wysokie stawki.

Dla kogo jest geriatria? Tutaj słyszeliśmy z ust pana ministra i różnych innych, że to jest rzeczywiście specjalizacja dedykowana najtrudniejszemu pacjentowi. Tak naprawdę, między nami mówiąc, jest ona dedykowana w zasadzie osobom 80+. A może za 5 lat, jak my będziemy mieli 80 lat, to będzie 90+. Jeżeli ktoś, nawet 80-letni czy 90-letni, będzie miał jedną czy drugą chorobę i sprawną głowę, to on wszędzie trafi do swojego jednego specjalisty i będzie z nim wspaniale współpracował. Problem jest, jeżeli już nie będzie mógł decydować o sobie i będzie podopiecznym swojej wnuczki, jeśli taką będzie miał. Pacjent geriatryczny jest to najbardziej skomplikowany, najstarszy, wielochorobowy pacjent, często z wielonarządową dysfunkcją nerek, płuc, serca, mózgu, wzroku, słuchu itd. Jest to trudny pacjent. Musimy znaleźć, który z elementów jest potencjalnie odwracalny. To jest długi proces, który wymaga oceny funkcjonalnej różnych narządów. Najpierw funkcjonalnej narządów wewnętrznych – lekarz, funkcji mobilnych – fizjoterapeuta, pielęgniarka – pozostałych, życia codziennego itd. Głównie choroba powoduje tę dysfunkcję, ale bierzemy pod uwagę również wszystkie inne uwarunkowania, bo czasem okaże się, że problemem jest brak pieniędzy na leki, a może problemem jest czwarte piętro bez windy, a może wnuk czy zięć, który nadużywa swojej agresji.

Wyniki, które tutaj prezentuję, pochodzą konkretnie z mojej półrocznej pracy. Chciałabym tylko państwu zwrócić uwagę na to, że może niewiele, ale jednak redukujemy średnią ilość leków po hospitalizacji i na ten czerwony słupek, czyli zespół jatrogenny – 18% przypadków hospitalizowanych jest z powodu złego leczenia przez innych, a może z niewiedzy tego pacjenta, z niemożliwości kontaktowania się ze swoim specjalistą, bo to są ludzie niesprawni. Zespół jatrogenny, czyli skutek niekorzystnego działania leków. To są poważne zespoły. To są bardzo głębokie hipoglikemie, zaburzenia funkcji poznawczych, omdlenia. To są bardzo często również zespoły majaczeniowe i parkinsonizm polekowy.

Czym w ogóle w tym naszym systemie jest obecnie geriatria? Jeżeli tak popatrzymy na całą mapę Polski, to okaże się, że jeżeli znajdziemy – no, bo w moim województwie jest jeden oddział i jedna poradnia – to gdzieś znajdujemy rodzyneczki we wspaniale funkcjonującym systemie. Zresztą możemy mieć co do tego uwagi, jak funkcjonuje system ochrony zdrowia, ale funkcjonuje i podziękujmy lekarzom, że tak ciężko pracują.

Natomiast geriatria jest rodzynkiem. Jak to mówię, jest epizodem w życiu pacjenta. Tu nie ma systemu opieki geriatrycznej. Możemy tak to nazywać, ale proponuję system opieki nad człowiekiem starszym z uwzględnieniem geriatrii. Funkcjonuje ona jako krótkoterminowa procedura wysokospecjalistyczna w szpitalu. To jest u mnie 6 dni, średnia wieku – 80 lat, średnia liczba problemów – 7 na pacjenta. A poradnia jako *continuum* po pobycie w szpitalu. Proszę państwa, trwa ona dość długo, bo pacjenta trzeba całościowo ocenić, a jest najniżej opłacona, nawet w porównaniu z takimi poradniami na jedną chorobę ukierunkowanymi, jak diabetologiczna. Tam jest 12 złotych za punkt, my mamy 8 złotych za punkt. Po prostu nie da się tak w ogóle utrzymać, a co mówić o rozwijaniu geriatrii.

Proponujemy również geriatryczny zespół konsultacyjny w szpitalu, który by był taką protezą z powodu braku geriatrów, który byłby mobilny, który mógłby na różnych oddziałach przeprowadzić ocenę i zaproponować jakieś działania interwencyjne, o czym wspominała pani profesor Wieczorowska. Zastanawiam się nad tym. Oczywiście, jest to pomysł, ale myślę, że pierwszym, takim najważniejszym elementem systemu opieki nad człowiekiem starym powinna być bardzo dobra klinika geriatrii w każdej wyższej uczelni, o czym mówiła pani profesor. Klinika z łóżkami i z zapleczem naukowym, usługowym i edukacyjnym, chociażby na rzecz lekarzy rodzinnych, którzy tak naprawdę w tym *continuum* opieki wraz z biegiem czasu dają prezenciki, bo te niebieskie to pozageriatryczne. Różne, tak? Dostają dofinansowanie do leku, dostają dofinansowanie do oka, do aparatu słuchowego, do protezy itd. Dostają również różnego rodzaju zasiłki, zadatki, zapomogi. Gdzieś tam jest potrzeba na czerwony prezencik i jest to ten prezencik geriatryczny – ocena całościowa, zdefiniowanie głównych problemów i zhierarchizowanie kolejności ich załatwienia, np. pod kontrolą co pół roku z lekarzem geriatrą.

Geriatria nie jest i nie może być świadczeniem powszechnie dostępnym. Po prostu nie zastąpi ani lekarza rodzinnego, ani istniejącej sieci usług zdrowotnych. Geriatra ma współpracować, tak jak współpracuje z tą siecią okulista, neurolog, kardiolog. To by było cudownie, żeby było ich chociaż tylu i tak dostępnych jak te wąskie specjalności. Geriatria jest dedykowana – powinna być w przyszłości, jeśli mówimy o przyszłości – typowym pacjentom, czyli żeby ten lekarz rodzinny wiedział, jak uzasadnić skierowanie do geriatry i nie zawracał mu głowy jakimiś bzdetami, mówiąc bardzo lakonicznie.

Tutaj moja praca na tle krajów europejskich. Nie świeci mi tam, gdzie jest ta strzałka. Pokazuję, jak wygląda rozkład korzystania z usług medycznych i z usług socjalnych, pozamedycznych, obok czy poniżej zdefiniowanych w różnych krajach, na tle tej linii ciągłej w dół, czyli potrzeb. Średnio tutaj byli badani opiekunowie ludzi starszych. Okazuje się, że Szwecja – po prawej stronie – ma najlepszą sytuację, gdzie dominuje dostęp do różnego typu świadczeń pozamedycznych. Nie do doktorów tam biegają. Tam dają np. bezpłatny dowóz do teatru taksówką swojemu pacjentowi. Już wtedy jest on tak zajęty wspaniałym przedstawieniem, że nie biega i nie nabawi się następnej dolegliwości. Proszę zwrócić uwagę, że najbiedniejszym krajem jest Grecja. No, bardzo podobny system włoski do polskiego. Są na odwrotnej stronie. Tam potrzeb jest bardzo dużo.

Podsumowując i mówiąc o przyszłości geriatrii w Polsce, chciałabym podkreślić, że lekarz rodzinny powinien być fundamentem i jest fundamentem. Musimy jednak opierać się na nich, współpracować i szkolić lekarzy rodzinnych. Nie zastąpimy pojedynczych rodzynków w systemie. Wysoko wyspecjalizowani geriatrzy będą konsultować i to też sytuacje, kiedy jest złożony, wielochorobowy problem. A system opieki nad ludźmi starszymi również podlega lekarzowi rodzinnemu i każdemu innemu lekarzowi ubezpieczenia społecznego. To napis na biało, prawda? Sieć placówek usługowych, rehabilitacyjnych, szkoleniowych, edukacyjnych, wypożyczalni.

Wnioski nasuwają się same. Geriatria ma przyszłość wtedy, gdy każdy lekarz, a zwłaszcza lekarz rodzinny, będzie znał podstawy geriatrii, chociażby z przebiegu studiów. Jak będzie, bo jeszcze ciągle nie ma – jeszcze 2 lata nie będzie geriatrii w podstawowym *curriculum* naszych absolwentów kierunku lekarskiego. Geriatria również ma przyszłość, gdy będzie tak samo dostępna jak każda inna specjalizacja medyczna. A w końcu, geriatria może nie umrze, jak doczeka się uczciwego finansowania. Naprawdę, doceńcie naszą

pomoc, bo my nie doczekamy. To pokolenie. Jestem już na emeryturze, ale jeszcze bym chciała wyszkolić troszkę młodzieży, póki jestem. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Bardzo dziękujemy za to spojrzenie na wyzwania związane z geriatrią, które też wynikają z doświadczeń pani profesor. Chciałbym poprosić w tym momencie panią profesor Barbarę Szatur-Jaworską z Instytutu Polityki Społecznej Uniwersytetu Warszawskiego. Chciałbym również powiedzieć, że pani profesor jest koordynatorem bardzo ciekawej publikacji „Strategie działania w starzejącym się społeczeństwie", która ukazała się w Biurze Rzecznika Praw Obywatelskich. Pani profesor, bardzo proszę o głos. Chciałbym również poinformować, że... To po wystąpieniu pani profesor. Bardzo proszę.

Kierownik Zakładu Teorii i Metodologii Polityki Społecznej w Instytucie Polityki Społecznej Uniwersytetu Warszawskiego dr hab. Barbara Szatur-Jaworska:

Dziękuję bardzo. Panie przewodniczący, pani przewodnicząca, bardzo pięknie dziękuję za umożliwienie mi zabrania głosu w dzisiejszej debacie. Chciałabym rozpocząć od stwierdzenia, które w świetle – jak myślę – wiedzy większości z nas i w świetle tego, co już zostało powiedziane, brzmi następująco. Stwierdzenia takiego oto, że wyzwania gerontologii nie równają się wyzwaniom geriatrii. To nie jest ten sam obszar badań. To nie jest ten sam obszar zainteresowań. Traktuję geriatrię jako część gerontologii, ale i tutaj pani profesor Wieczorowska-Tobis pokazywała nam schemat uwzględniający bardzo wiele różnych elementów składających się na gerontologię.

Gerontologię traktuję jako zaplecze dla polityki senioralnej. Myślę, że taki jest sens dzisiejszego naszego spotkania – pytanie o to, w jaki sposób powinna rozwijać się gerontologia w Polsce, by mogła stanowić zaplecze dla polityki senioralnej. Rzecz jasna, jeśli umówimy się, że zależy nam na polityce senioralnej, która jest oparta na dowodach, a nie na polityce senioralnej, która jest oparta na przypuszczeniach.

Nie mam, rzecz jasna, zamiaru dokonywać tutaj analizy dorobku polskich gerontologów, ale chciałabym zwrócić uwagę na takie trzy zagadnienia. Po pierwsze, badania, których mamy w ostatnich latach bardzo dużo. Jest to oczywista reakcja na proces starzenia się ludności. Są to jednak badania rozproszone i badania niewątpliwie bardzo różnej jakości. To rozproszenie z jednej strony przynosi efekty w postaci tzw. wyważania dawno otwartych drzwi, z drugiej strony przynosi efekty w postaci zaniedbywania pewnych ważnych obszarów badawczych właśnie dlatego, że te obszary są na tyle trudne, że wymagają pracy zespołów wielu specjalistów, których nie ma w jednym instytucie badawczym czy nawet w jednej uczelni wyższej.

Drugie zagadnienie związane z gerontologią to jest edukacja – nazwijmy to tak – specjalistyczna. Obserwuję różne projekty edukacyjne. W materiałach MNiSW, które otrzymaliśmy, podaje się przykład pierwszego kierunku studiów pierwszego stopnia. O ile pamiętam, gerontologia w jednej z uczelni. Oczywiście, życzę powodzenia organizatorom tych studiów, ale doświadczenia moje i innych osób, które od wielu lat zajmują się nie tylko badaniami, lecz także edukacją, wskazują na to, że – przynajmniej na razie – raczej trudno o sukces, jeśli chodzi o kształcenie gerontologiczne na poziomie studiów licencjackich czy studiów magisterskich. Młodzi ludzie nie dostrzegają z reguły tego, że to jest ważny obszar wiedzy i to w dodatku wiedzy, która potem może im się przydać w praktyce. Natomiast jeżeli mówimy o kształceniu osób, które są już aktywne zawodowo, które dostrzegają luki w swoich umiejętnościach i w swoich kwalifikacjach, wtedy rzeczywiście – w moim odczuciu – jest to ta dziedzina, w której powinniśmy rozwijać aktywność edukacyjną. Czyli przede wszystkim formuła studiów podyplomowych.

I wreszcie kwestia upowszechniania wiedzy. Ogrom niewiedzy, często wręcz ignorancji, którą obserwujemy w publicznych dysputach na temat problemów starzenia się ludności i problemów osób starszych, oznacza, że istnieje niewątpliwie potrzeba sensownego programu upowszechniania wiedzy o starości i o osobach starszych. Kto ma się tym zająć? Moim zdaniem powinien się tym zająć Instytut Gerontologii. Słyszeliśmy przed chwilą z ust geriatrów jednoznaczne stwierdzenia, iż geriatria to jest ta dziedzina wiedzy medycznej, która pomaga funkcjonować osobom w zaawansowanym już wieku. Rzuciłam okiem na dane z narodowego spisu powszechnego. No, i wyliczyłam sobie, że w populacji

osób mających 65 lat i więcej osoby po 80 roku życia stanowią 26%. A zatem możemy powiedzieć, że dla pozostałych ¾ nie mamy takiej właśnie propozycji tworzenia koncepcji różnorodnych rozwiązań.

Mamy pomysł na stworzenie Narodowego Instytutu Geriatrii i gratuluję tego pomysłu, natomiast chciałabym się upomnieć o Narodowy Instytut Gerontologii – instytut, który skupiałby przedstawicieli specjalistów należących do bardzo różnych dziedzin, który byłby ośrodkiem gromadzenia, wytwarzania i upowszechniania wiedzy.

Mamy doświadczenia z takiej pracy interdyscyplinarnej. Przywoływany był tutaj projekt PolSenior, ale projekt PolSenior nie wziął się znikąd. Projekt PolSenior to jest efekt kilkudziesięciu lat aktywności Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego, w którym od początku byli lekarze, socjologowie, ekonomiści, pedagodzy, demografowie, politycy społeczni itd. Umieliśmy przez te wszystkie lata – mówię w pierwszej osobie liczby mnogiej, bo jestem członkiem Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego – znajdować wspólny język, umieliśmy realizować na większą lub mniejszą skalę projekty badawcze, umieliśmy organizować i takie konferencje, które miały charakter bardziej upowszechniający wiedzę, i takie, które były wymianą myśli naukowej. Skoro tak, to wydaje mi się, że mamy naprawdę w kraju potencjał, który można wykorzystać, tworząc właśnie taką wielodyscyplinarną strukturę organizacyjną, która zajęłaby się i prowadzeniem badań, i gromadzeniem wiedzy o innych badaniach.

Absolutnie nie namawiam do monopolu takiego instytutu na prowadzenie badań gerontologicznych. Taka instytucja zajęłaby się organizowaniem edukacji, która niespecjalnie wychodzi na poziomie poszczególnych szkół wyższych, ale może się właśnie udać w takiej formule i zajęłaby się upowszechnianiem wiedzy, kształceniem samorządowców, dziennikarzy itd. Do tego bardzo gorąco chciałabym państwa namówić. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Bardzo serdecznie dziękuję pani profesor Szatur-Jaworskiej. Dziękuję też za współpracę z naszą Komisją. Szanowni państwo, przechodzimy w tym momencie, po tych prezentacjach, do dyskusji. Kilka osób jest zgłoszonych. Będę prosił o zabranie głosu przez pana profesora Janusza Wyzgała, dyrektora Szpitala Klinicznego Dzieciątka Jezus. Później poproszę pana profesora Pawła Małdyka, krajowego konsultanta w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu. Później głos zabierze pani profesor Józefa Hrynkiewicz wiceprzewodnicząca Komisji. Poproszę następnie pana Wiktora Masłowskiego, który jest prezesem zarządu centrum „Attis", ale też prezesem zarządu Federacji Związków Pracodawców Zakładów Opieki Zdrowotnej i ekspertem Business Centre Club (BCC) do spraw ochrony zdrowia. Następnie poproszę pana prezesa Krzysztofa Żyndula, który jest prezesem zarządu Uzdrowiska Konstancin Zdrój. Jeżeli są jeszcze jakieś zgłoszenia, to bardzo proszę podejść do prezydium. Tak jest, bardzo proszę. Pan profesor Janusz Wyzgał.

Dyrektor Szpitala Klinicznego Dzieciątka Jezus w Warszawie prof. dr hab. Janusz Wyzgał:

Panie przewodniczący, szanowni państwo, jestem zaszczycony, że stoję przed takim gremium, ale jednocześnie chciałem z państwem podzielić się trochę przemyśleniami przyszłego geriatry, bo jestem w trakcie specjalizacji. Zarządzam szpitalem, w którym powstał pierwszy oddział geriatryczny na Mazowszu. Nie wiem, czy państwo wiedzą, że Mazowsze do niedawna nie miało w ogóle oddziału geriatrycznego i nie miało miejsc specjalizacyjnych.

Szanowni państwo, jaki model należałoby przyjąć w opiece geriatrycznej? Jak to wygląda w moich przemyśleniach? Nie mamy chyba wątpliwości, że geriatria jest nam potrzebna, że należy ją rozwijać i jest to na pewno specjalność, która musi istnieć, bo społeczeństwo się starzeje. Nikt nie będzie chciał pójść tylko do samego lekarza rodzinnego. Zawsze potrzeba dodatkowego specjalisty.

Szanowni państwo, i to może będzie rozwiązanie dla tych geriatrów, którzy jakby – mówiąc krótko – zostali, otrzymali już specjalizację i teraz okazuje się, że nie ma miejsc pracy, bo brakuje łóżek geriatrycznych. Szanowni państwo, wydaje mi się, że w każdym szpitalu, w każdej jednostce, która opiekuje się pacjentami i udziela świadczeń zdrowotnych, stwórzmy taki model, żeby był konsultant geriatra. Niech on będzie po prostu

zatrudniony jako konsultant czy – oczywiście, jeżeli stać na to daną jednostkę – również zatrudniony tam na etacie, żeby wspomagał oddziały innych specjalności – mówiąc krótko – swoją wiedzą i ukierunkowaniem. Zespół geriatryczny by był ideałem. To, o czym zresztą pani profesor Bień tutaj wspominała. Tylko że od razu powiem, że boję się jako zarządzający szpitalem, że może na to wszystko nie wystarczyć pieniędzy, ale posiadanie jednej pielęgniarki wyspecjalizowanej i fizjoterapeuty nie byłoby dużym problemem. Szanowni państwo, kieruję szpitalem, który – jak każdy szpital w kraju, który jest wielospecjalistyczny – boryka się z trudnościami finansowymi, ale nie widzę problemu, żeby stworzyć takie zespoły.

Natomiast problem jest takiej natury. W każdej uczelni powinna być klinika geriatrii, bo musi być kształcenie przeddyplomowe. Lekarze nie mają żadnego doświadczenia w temacie geriatrii. Mogę państwu powiedzieć, że my obecnie w uczelni na zajęciach Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego kształcimy pielęgniarki, kształcimy fizjoterapeutów, ale lekarze nie mają żadnych zajęć z geriatrii. Wydaje mi się, że po prostu to trzeba naprawić. Chciałbym to podnieść jako głos w dyskusji, nie żeby rozpocząć – mówiąc krótko – jakąś wielką, polityczną debatę.

Natomiast, szanowni państwo, jeżeli chodzi o finansowanie, to pewnie, że trzeba zmienić finansowanie oddziałów geriatrycznych, żeby one się opłacały. Jednak z tego, co słyszałem, bo byłem przez chwilę w oddziale pani profesor Bień, to pani profesor Bień się bilansuje. Szanowni państwo, toteż nie jest tak źle. Trzeba po prostu odpowiednio takim oddziałem kierować. Mogę państwu powiedzieć, bo nie jestem tylko dyrektorem szpitala, ale kierowałem przez długie lata jednym z oddziałów tego szpitala, że kierującemu oddziałem zależy nie tylko na tym, żeby prowadzić określoną politykę, także politykę naukową, tak jak to jest w oddziale klinicznym, ale również umieć bilansować różnego rodzaju procedury.

Wydaje mi się, że to jest nasza przyszłość. Oczywiście, dobrze by było, gdyby ten zespół ministerialny, który powstał do wyceny procedur, poprawił wyceny procedur geriatrycznych, zakończył swoją działalność i może by się to opłaciło. Szanowni państwo, w moim szpitalu opłaciło się stworzenie oddziału geriatrii i mam możliwości rozszerzenia tego oddziału. Utworzyłem go na razie na bazie oddziału internistycznego, bo po prostu taka była konieczność, ale widzę taką możliwość, że można to rozszerzać. Jak państwo widzą, oddziały monogeriatryczne, czysto geriatryczne również potrafią się zbilansować. Bardzo dziękuję za udzielenie mi głosu. Wydaje mi się, że to są sugestie, które warto rozważyć.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Bardzo serdecznie dziękuję panu profesorowi Januszowi Wyzgałowi za podzielenie się swoimi doświadczeniami. Poproszę o zabranie głosu przez pana profesora Pawła Małdyka, krajowego konsultanta w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządów ruchu.

Konsultant krajowy w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu prof. dr hab. Paweł Małdyk:

Panie przewodniczący, szanowni państwo, przepraszam, że zajmę czas, ale padające tutaj wypowiedzi, szczególnie geriatrów, jakby sprowokowały mnie do wypowiedzi, ponieważ jako ortopeda jestem osobą, która ma do czynienia z człowiekiem od urodzenia właściwie aż do końca jego życia. Leczymy na każdym etapie.

Chorzy w wieku – no, jak to by nazwać – geriatrycznym czy gerontologicznym, czy – jak to Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) określiła – w wieku senioralnym, do którego wiele osób nie dożywa, bo to jest 85 lat... Niemniej jednak problem leczenia narządu ruchu i niesprawności ze strony narządu ruchu to jest bardzo duży procent ludzi. Jeżeli u ludzi starszych 17% zgłasza problemy z nadciśnieniem, to 30% ludzi zgłasza problemy bólu ze strony narządu ruchu, szczególnie ze strony kręgosłupa i dużych stawów, czyli stawów kolanowych i biodrowych, które potrafimy leczyć. Wiemy, że na to leczenie są długie kolejki, ale tych ludzi można skutecznie leczyć za pomocą posiadanych technik. Oczywiście, tych, którzy są na tyle zdrowi, że spełniają kryteria kwalifikacji do zabiegów ortopedycznych.

Natomiast chciałem powiedzieć, że jest dużo rzeczy, na które lekarz nie ma wpływu, ale właśnie taka zorganizowana opieka geriatryczna miałaby bardzo duży wpływ. Tutaj

mi chodzi przede wszystkim o urazy u ludzi starszych. Niestety, gdyby państwo przeszli się po oddziałach urazowo-ortopedycznych, to okazuje się, że połowa pacjentów tych oddziałów to są osoby starsze, z dużymi często złamaniami bliższego końca kości udowej, które często są ostatnim urazem w życiu człowieka, ponieważ nie zawsze można tych chorych leczyć. My ich umiemy leczyć skutecznie, ale muszą oni spełniać pewne kryteria do kwalifikacji. Jeżeli taki chory nie zostanie w odpowiednim czasie zakwalifikowany, to właściwie traci szansę na jakieś normalne, przyzwoite życie. Staje się człowiekiem cierpiącym, z dużym kalectwem ze strony narządu ruchu.

Tutaj bardzo ważny system działania to jest to, co pani profesor pokazywała, że w Szwecji są takie świetne wyniki, jeśli chodzi o zapobieganie tym problemom wieku geriatrycznego. Chodzi o stworzenie systemu. Nie to, że my leczymy złamania, bo możemy leczyć i wiemy jak leczyć, ale chodzi o to, żeby tych złamań nie było. W związku z tym jest olbrzymia profilaktyka „Nie łam się". A w jaki sposób się nie łamać? To jest to, czego u nas nie ma. To, co można zrobić. Jak ktoś jest w wieku geriatrycznym, to przyjedzie ekipa, która mu urządzi mieszkanie, czyli zlikwiduje chodniki, na których on się wywraca. Większość tych ludzi wywraca się bowiem nie na ulicy, tylko w domu, idąc do łazienki, idąc do kuchni. Gdzieś sobie chodniczek położy jeszcze jeden czy pies mu przebiegnie drogę i się potknie, prawda? Chodzi o usprawnienie, żeby on mógł wejść bezpiecznie do wanny, żeby on mógł wyjść bezpiecznie z wanny, żeby on nauczył się chodzić, nie potykając, czyli przede wszystkim widząc, żeby miał naprawiony wzrok, dostał pomoc w postaci laski i wiedział, że trzeba chodzić nie z siatką, tylko z plecakiem na plecach. To są tak proste rzeczy opracowane, ale to wymaga olbrzymich nakładów organizacyjnych i finansowych, żeby tym ludziom przystosować mieszkanie. Tak jak człowiek po operacji wraca do domu. Jest tu mnóstwo ludzi samotnych i co? Pójdzie na rehabilitację na dwa tygodnie, nauczy się chodzić o kulach, ale jest dalej człowiekiem niesprawnym. Jak mu się nie przystosuje miejsca zamieszkania do warunków, do jego potrzeb, to on dalej będzie inwalidą, bo on nie będzie mógł w tym otoczeniu samodzielnie się poruszać.

Uważam więc, że problemy geriatryczne, oprócz problemów czysto medycznych, to są socjalne problemy. Jest to zapewnienie opieki, która usprawni warunki życia człowieka. To jest olbrzymi problem dla państwa, ponieważ często te koszty takiego leczenia czy stworzenia warunków do życia są dużo większe niż sam koszt leczenia. Jesteśmy w stanie przyjąć chorego, czy to będzie oddział taki czy inny, czy wreszcie będzie oddział geriatryczny. Dobrze, ale ta osoba nie będzie tam leżała wiecznie. Coś trzeba za parę dni z nią zrobić. Musi być wypisana. Uważam, że tu jest olbrzymie pole do popisu, żeby stworzyć warunki. Na świecie tworzy się takie miasteczka ludzi w wieku starszym, gdzie w zależności od potrzeb zapewnia się im różny, odpowiedni poziom usług. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Bardzo serdecznie dziękujemy, panie profesorze, za zwrócenie uwagi na potrzeby inwestowania w ortopedię, w traumatologię narządów ruchu. Liczymy także na to, że klinika, której pan przewodzi w Szpitalu Dzieciątka Jezus będzie takim ośrodkiem, który będzie promieniował na inne ośrodki badawczo-naukowe w całym kraju. Dziękujemy serdecznie. Szanowni państwo, teraz o głos poprosiła wiceprzewodnicząca naszej Komisji pani profesor Józefa Hrynkiewicz. Bardzo proszę, pani profesor.

Poseł Józefa Hrynkiewicz (PiS):

Panie przewodniczący, szanowni państwo, rozmawiamy o bardzo ważnej sprawie, jaką jest utworzenie narodowego czy też w ogóle Instytutu Geriatrii, które zapowiadała pani premier w swoim wystąpieniu. Dlatego też skupię się wyłącznie na problemie powołania tego instytutu i propozycji, która została tutaj przedstawiona oraz wątpliwości i pytań, jakie chcę w związku z tym zadać.

Pierwsza sprawa to pytanie do Ministra Zdrowia o specjalistów w zakresie geriatrii, ale specjalistów ze stopniem naukowym, a więc takich, którzy byliby zdolni do kształcenia następnych osób, bo przecież nie chodzi tylko o rzemieślnicze kształcenie, tylko o wyposażenie. Zawód lekarza jest takim zawodem, gdzie potrzebna jest także bardzo porządna wiedza naukowa i umiejętność zdobywania tej wiedzy. Rozumiem, że taką wie-

dzę zdobywa się przy tych, którzy sami taką wiedzę posiadają. Ile takich osób jest, które posiadają stopnie naukowe z dziedziny geriatrii i mogłyby podjąć się kształcenia?

Chcę zapytać także o program kształcenia, w szczególności zaś o program kształcenia lekarzy i minimum programowe dotyczące kształcenia lekarzy. W ilu uniwersytetach medycznych w Polsce jest geriatria w obowiązkowym programie minimum programowego, które obejmuje wszystkich lekarzy? Ostatnio sprawdzałam to dla celów onkologii. Zdziwią się państwo. W dwóch uniwersytetach medycznych w Polsce jest obowiązkowa onkologia w minimum programowym. Bardzo interesujące zagadnienie. A geriatria w ilu? Nie wiem. Tego nie sprawdzałam, ale warto to wiedzieć.

A jak wygląda kształcenie pielęgniarek, które mają kontakty z osobami starszymi? Jaki jest program kształcenia pielęgniarek właśnie w dziedzinie geriatrii? To są pytania do Ministra Zdrowia. Myślę, że jest ktoś z MZ i sprawnie to wszystko powtórzy.

Następna sprawa dotyczy pieniędzy, ale nie tylko pieniędzy w NFZ, bo już wiemy, że tych pieniędzy w NFZ jest bardzo mało. Podobnie jak opieka paliatywna, tak samo geriatria jest w bardzo poważnym stopniu niedofinansowana i dlatego nie ma tych oddziałów geriatrycznych. Te oddziały nie powstaną, ponieważ sposób finansowania nie pozwala na to, aby te oddziały były oddziałami, które są w stanie pokryć te potrzeby, które tam występują.

Chcę zapytać, jak Minister Zdrowia ocenia obecny poziom finansowania geriatrii. To jest bardzo ważna sprawa. Jeśli ocenia poprawnie, to musimy zacząć dyskutować. Jeśli ocenia, że poziom finansowania jest niedostateczny, to chcemy zapytać, o ile i kiedy będzie dostateczne finansowanie geriatrii. Ile jest łóżek i gdzie one są, jeśli chodzi o geriatrię?

Bardzo mnie ucieszyły informacje pani profesor Wieczorowskiej-Tobis, krajowego konsultanta, że tych lekarzy tak szybko przybywa, ale mam dane z 2012 r. od Ministra Zdrowia, gdzie było tych geriatrów 252. No, jak tak szybko przybyło, to zaczynam mieć wątpliwości, czy taka szybkość... Mówię o tych danych, które mam. Po prostu odnoszę się do tych danych. Muszę się zastanowić wobec tego i zajrzeć głębiej do programu takiego szybkiego kształcenia. Może to jest bardzo dobre kształcenie. Nie kwestionuję tego, tylko chcę zobaczyć, skąd jest takie wielkie zainteresowanie i dlaczego nagle nastąpiła erupcja kształcenia w dziedzinie specjalistów geriatrii. To jest sprawa, którą też trzeba wyjaśnić i którą po prostu trzeba nam, pani profesor, merytorycznie przedstawić. Nie kwestionuję tych danych. Pani takie dane ma. A ja mam inne dane. Musimy wyjaśnić, jak doszło do tych różnic.

Wreszcie jest sprawa Instytutu Reumatologii. Oczywiście, pan dyrektor tego instytutu cieszy się, że on ulegnie przekształceniu. Tutaj widzieliśmy na jednym ze slajdów, że podstawowym problemem, który tutaj się pojawia, to jest jednak problem depresji, problem otępienia, problem choroby Alzheimera, a więc być może lepiej by było ten instytut umieścić przy Instytucie Psychiatrii i Neurologii. Może tam byłoby lepsze miejsce, jeżeli już gdzieś musimy umieszczać, ale z tego, co tutaj słyszymy od wybitnych specjalistów... Chcę tu podkreślić, że moja wiedza z zakresu geriatrii pochodzi ze studiowania i kontaktów z panią profesor Bień od wielu lat. Musimy się zastanowić, dlaczego dołączamy to do Instytutu Reumatologii.

Co chcemy ograniczyć w Instytucie Reumatologii? Leczenie dzieci? Mamy ograniczyć tę część, która zajmuje się neurochirurgią czy leczeniem reumatyzmu ludzi starych? Czy chcemy ograniczyć tam kształcenie lekarzy albo prowadzenie badań z dziedziny reumatologii? Pamiętajmy o tym. To jest jedyna placówka naukowa, która zajmuje się także kształceniem lekarzy i prowadzeniem badań, która dostarcza materiałów do kształcenia lekarzy, a także zastosowania nowych technik w leczeniu. Czy mamy ograniczyć tam rehabilitację? Co oznacza w Polsce ograniczenie rehabilitacji? W Polsce co ósma, co siódma osoba to jest osoba niepełnosprawna, wymagająca różnej rehabilitacji. Być może więc potrzebny nam jest Narodowy Instytut Rehabilitacji a nie ograniczanie tej działalności.

W związku z tym pytanie do pana dyrektora. Jakie funkcje Instytutu Reumatologii zostaną ograniczone na rzecz geriatrii? Rehabilitacja, leczenie dzieci, kształcenie lekarzy, badania naukowe? Proszę państwa, jakie jest uzasadnienie merytoryczne połączenia tego z reumatologią? Chcę usłyszeć, że jest takie uzasadnienie. Wśród tych wszystkich

przedłożeń, które były dzisiaj na posiedzeniu Komisji, nie ma takiego uzasadnienia merytorycznego. Bardzo bym chciała poznać argumenty merytoryczne rady naukowej Instytutu Reumatologii, który godzi się na to.

O tym, że potrzebny jest Instytut Reumatologii, że reumatyzm należy do chorób neurodegeneracyjnych, związanych także ze współczesną cywilizacją, to my wiemy. Powiedziałabym, że to jest wiedza należąca do kanonu wykształcenia zwykłego człowieka. Wobec tego proszę przedstawić te uzasadnienia. Oczywiście, potrzebny jest Instytut Geriatrii, potrzebne są katedry geriatrii w każdym uniwersytecie medycznym, potrzebny jest program geriatrii w minimum programowym, ale nie kosztem reumatologii, nie kosztem rehabilitacji, prawda? Mam nadzieję, że na to naprawdę nie będzie zgody, bo nam chodzi nie o to, żeby coś ograniczać. Wiemy o tym, że w Warszawie, żeby dostać się do reumatologa, to trzeba czekać pół roku, dziewięć miesięcy. Jestem pacjentką tego instytutu od wielu lat, to wiem, jak trudno korzystać z usług reumatologów. W gruncie rzeczy z usług finansowanych ze środków publicznych korzystać jest bardzo trudno.

Chciałam zapytać, czy jest ktoś z MNiSW. Jeśli tak, to zadam pytanie w ramach interpelacji poselskiej, bo przysługuje mi takie prawo. Chciałam zapytać, ile jest pieniędzy na Instytut Geriatrii w roku 2015. Ile jest środków na finansowanie podmiotowe, czyli zatrudnienie personelu medycznego, personelu badawczego, na wyposażenie? Przecież z niczego to nie powstanie. Instytut Reumatologii nie ma tam takich przestrzeni, w których mógłby umieścić jeszcze jedną specjalizację. Ile jest pieniędzy na badania w dziedzinie geriatrii? Ile minister przewiduje? Czy minister przewiduje jakieś programy badawcze, które by były związane właśnie ze starzeniem się społeczeństwa? Już kończę.

Tutaj pani minister pracy i polityki społecznej mówi o różnych wydatkach. Może warto wszystkie te pieniądze, które ma Minister Nauki i Szkolnictwa Wyższego, które ma Minister Zdrowia, które ma Minister Pracy i Polityki Społecznej, połączyć i stworzyć rzeczywiście Instytut Geriatrii? Poszukać takiego rozwiązania.

To rozwiązanie, które dzisiaj zostało zaprezentowane, pokazuje, że jest to pewien pomysł, że coś ma być. Ale kosztem czego? Za ile? Kto to ma zrobić? W jakich warunkach? Tu nie chodzi, proszę państwa, o pomysł, bo pomysłów jest bardzo dużo. Tu chodzi o to, żeby rozwiązać pewien problem. A przedstawione tutaj propozycje nie rozwiązują żadnego problemu, za to tworzą bardzo wiele innych problemów, także konfliktów społecznych i konfliktów zawodowych, których przy różnych rozwiązaniach trzeba jak najbardziej unikać, bo wtedy, zamiast zastanawiać się, jak rozwiązać problem, zastanawiamy się, jak zwalczyć naszego przeciwnika i to jest bardzo złe rozwiązanie.

Sądzę, panie przewodniczący, że Komisja będzie musiała w tej sprawie podjąć się opracowania dezyderatu, zastanowić się nad takim dezyderatem i skierować ten dezyderat do rządu. My musimy jednak wiedzieć o tym, że chcemy działać tutaj odpowiedzialnie. Mam wielkie pretensje do ministrów, którzy tutaj byli, że potraktowali tę sprawę lekko. Muszę szczerze powiedzieć, że z wielkim zdziwieniem wysłuchałam przedłożenia pana dyrektora Instytutu Reumatologii, ponieważ nie widzę takich możliwości. A znam ten instytut, jak mi się wydaje, dość dobrze, będąc jego pacjentką i mając wielu znajomych, którzy także korzystają z usług tego instytutu od 1980 r. Naprawdę nie widzę tam żadnych możliwości, aby zmieścić jeszcze coś, co jest zupełnie inną dziedziną. To już lepiej zróbmy to przy instytutach onkologii, kardiologii czy psychiatrii. Dlaczego reumatologii? Skąd to się wzięło? Czy ktoś może na to pytanie odpowiedzieć dzisiaj? Dziękuję.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Dziękuję pani przewodniczącej za pytania. Poprosiłbym, żeby przygotował się do odpowiedzi, ewentualnie po kolejnych pytaniach czy wątpliwościach, dyrektor Departamentu Zdrowia Publicznego w MZ pan Dariusz Poznański, który reprezentuje pana ministra. Poproszę teraz o zabranie głosu pana Wiktora Masłowskiego prezesa zarządu centrum „Attis", osobę znaną i szanowaną w naszym środowisku.

Prezes zarządu Centrum Leczniczo-Rehabilitacyjnego i Medycyny Pracy „Attis" Wiktor Masłowski:

Szanowny panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, szanowni obecni i przyszli seniorzy, bardzo dziękuję za zaproszenie i możliwość spotkania się z państwem, jak również wzię-

cia czynnego udziału w omawianiu problemów, jakie nas czekają, a niektórzy z nas już mają takie problemy. Chciałem panu przewodniczącemu również bardzo podziękować za dość trafne sformułowanie, wyrażone na początku naszego dzisiejszego posiedzenia Komisji. Zwrócił pan uwagę – bardzo celną uwagę, jak również cenną – na to, że geriatria wymaga odrębnej specyfiki, podobnie jak pediatria. Wszyscy pamiętamy czasy naszego dzieciństwa, nasze dzieci również i nie ma takich sytuacji, żeby się najlepiej nie dogadywać z dziadkami właśnie. To jest ta specyfika, której geriatria naprawdę wymaga. Bardzo dziękuję za to spostrzeżenie. Mając świadomość, że każdego dnia jesteśmy starsi, wierzę w to, że wiek pana przewodniczącego pozwoli nam zdobyć stosowne możliwości dotrwania w zdrowiu i w dobrej kondycji fizycznej.

Przy zaproszeniu otrzymałem materiał Ministra Zdrowia przygotowany na dzisiejsze posiedzenie Komisji. Szczerze mówiąc, bardzo chciałbym podziękować panu ministrowi oraz dyrektorowi Instytutu Reumatologii za przedstawienie pewnej wizji priorytetów, jakie nas czekają przy realizacji polityki senioralnej i opieki geriatrycznej. Wydaje mi się jako praktykowi, że przyjdzie czas na sporządzenie strategii i harmonogramu jej realizacji. Zgadzam się również ze stwierdzeniami, że ważna jest ocena tego stanu, który występuje w tej chwili.

W materiale tym państwo mówią o deficycie zakładów opiekuńczo-leczniczych i opiekuńczo-pielęgnacyjnych. Pewnie jest to słuszne stwierdzenie, ale dobrze by było, gdybyśmy przy tej ocenie również mogli porównywać nie tylko liczbę łóżek, ale również uzyskać wiedzę na temat tego, jaki był procent wykorzystania tych łóżek i jaki jest czas oczekiwania na dostanie się do tych zakładów opiekuńczo-leczniczych czy opiekuńczo -pielęgnacyjnych, żebyśmy dobrze też mogli określić, ile tych łóżek ma być docelowo.

Warto też, oczywiście, spojrzeć na stronę finansową, bo trzeba pamiętać o tym, że – tu już było przekazane nam takie sformułowanie – trzeba wykorzystywać zasoby, które mamy w tej chwili. Jedna z pań mówiła, że warto, żeby w każdym szpitalu był taki oddział czy też zespół geriatryczny i to jest bardzo słuszne stwierdzenie. Tym bardziej, że mamy świadomość, że na naszej internie – można powiedzieć – prawie 60% pacjentów to są pacjenci w wieku senioralnym, którzy też blokują te miejsca. Stąd moje pytanie i prośba o uzupełnienie tego materiału. Jaki jest czas oczekiwania na wejście do tych łóżek w zakładach opiekuńczo-leczniczych czy opiekuńczo-pielęgnacyjnych? Przy tym należy też pamiętać, że strona finansowa tutaj ma fundamentalne znaczenie, dlatego że wszyscy mamy świadomość, że interna jest niedofinansowana, że jest deficytowa. To jest prosta diagnoza, ponieważ nie ma prywatnej interny, nie ma prywatnej pediatrii, nie ma prywatnej okulistyki dziecięcej itd. Ma nadzieję, że czas najwyższy, żeby przewartościować te wyceny, bo jeżeli będzie podobna wycena geriatrii co interny, to można powiedzieć, że nic nie osiągniemy.

Warto jest też pomyśleć o wykorzystywaniu również zasobów kadrowych. Przecież mamy bardzo dużą rzeszę doświadczonych internistów. Być może nie trzeba robić specjalnych specjalizacji, ale dopuścić możliwość, żeby po jakimś kursie specjalistycznym w zakresie geriatrii mogli oni też tę opiekę geriatryczną czy konsultacje geriatryczne wykonywać w szpitalu. Dobrze by było również, żebyśmy nie myśleli o budowaniu kolejnych domów opieki senioralnej, tylko żebyśmy na początku spojrzeli na te zasoby, które mamy i możliwości wykorzystania tych miejsc do opieki nad seniorami, jak również pomyśleli o miejscach opieki dziennej, bardzo ważnych i istotnych.

Ważne jest też to, że w tych szpitalach, jeżeli by takie miejsca powstały, o których tutaj jedna z pań profesor mówiła, za co bardzo dziękuję... Trzeba pamiętać o tym, że wówczas te osoby mają dostęp do wszystkich innych świadczeń. Bardzo ważne było wystąpienie pana profesora, bo faktycznie musimy też pamiętać o tym, że zanim seniorzy zachorują na poważniejsze schorzenia, bardzo często mają trudności z poruszaniem się. To są zapalenia stawów. To są różne inne sytuacje, które wpływają na ten nasz układ ruchu. Po prostu czynią nas, seniorów, osobami, którym się trudno poruszać.

Cieszę się, że Minister Zdrowia dostrzega problemy związane ze społeczeństwem w tym wieku i że docenia wartość poprawy dostępu do świadczeń oraz podnoszenia ich jakości. Nasza prośba – proszę to traktować jako prośbę praktyków – o co już prosimy od kilku lat, ażeby w prawie polskim była definicja dostępu do świadczeń. Być może

doczekamy się takich sytuacji, że prawo nam określi, że dostęp do świadczenia geriatrycznego czy kardiologicznego nie może trwać dłużej niż tydzień, 10 dni itd. To jest bardzo ważne, bo ten dostęp jest różnie definiowany, jak również nie jest bez znaczenia podnoszenie jakości, za co też bardzo dziękuję. Zwracamy się jako praktycy z uprzejmą prośbą, aby można było się doczekać wreszcie ustawowej definicji – na poziomie ustawy, jak również na poziomie rozporządzenia Ministra Zdrowia – jakości i wskaźników, które pozwoliłyby wymiarować, oceniać tę jakość, bo inaczej trudno nam będzie powiedzieć, że teraz ta jakość się znacznie poprawiła czy też pogorszyła. Takie próby są czynione – można powiedzieć, że ze słabym powodzeniem – przez NFZ.

W tym materiale są wspominane standardy dziennego domu opieki czy miejsc opieki nad seniorami, za co również dziękuję. Myślę, że te standardy są, tylko trzeba je umiejętnie zebrać i określić, że takim standardom powinny miejsca opieki nad seniorami odpowiadać. Pamiętajmy zawsze, że każdego dnia jesteśmy starsi i to dotyczy każdego z nas – lekarza, nauczyciela, posła, ministra. Każdego dnia jesteśmy starsi. I moja prośba do państwa decydentów, aby czasem zechcieli państwo zapytać się nas, praktyków, czy te wszystkie zacne pomysły i słuszne decyzje da się zrealizować w życiu codziennym. Bardzo dziękuję za uwagę i zaproszenie.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Bardzo serdecznie dziękuję panu dyrektorowi Wiktorowi Masłowskiemu. Szanowni państwo, mam jeszcze cztery zgłoszenia i na tym proponowałbym zamknąć listę osób biorących udział w dyskusji. Później poprosimy o odpowiedź pana dyrektora Poznańskiego, ewentualnie uzupełnioną przez panią profesor Wieczorowską, jeżeli jest taka potrzeba lub też pana dyrektora Instytutu Reumatologii. Proszę o krótkie wypowiedzi, maksymalnie dwu-, trzyminutowe. A następnie poproszę o podsumowanie dyskusji pana profesora Bolesława Samolińskiego. Teraz o zabranie głosu poproszę pana Krzysztofa Żyndula, który jest prezesem zarządu Uzdrowiska Konstancin Zdrój. Zapraszam pana prezesa. Po panu profesorze poproszę panią profesor Danutę Ryglewicz, krajowego konsultanta do spraw neurologii, a następnie panią profesor Ewę Sikorę z Instytutu Biologii Doświadczalnej Polskiej Akademii Nauk. Bardzo proszę, panie prezesie.

Prezes zarządu Uzdrowiska Konstancin Zdrój SA Krzysztof Żyndul:

Panie przewodniczący, szanowni państwo, Konstancin-Zdrój i Uzdrowisko Konstancin Zdrój wydają się być takim jakby naturalnym elementem, naturalnym spoiwem dyskusji, której się tutaj przysłuchuję i którą śledzę od jakiegoś czasu, bo nasi kuracjusze, nasi pacjenci, nasi pensjonariusze to osoby, które we wszystkich swoich dolegliwościach, z jakimi do nas trafiają, dotykają tego problemu, o którym toczy się dzisiaj ta dyskusja. Może więc jesteśmy takim naturalnym partnerem dla instytutu – czy to będzie Instytut Geriatrii, czy to będzie Instytut Gerontologii, czy on będzie przy Instytucie Reumatologii, czy on będzie się zmieniał przy Instytucie Psychiatrii i Neurologii itd. To wszystko jest, oczywiście, kwestią dyskusji i rozważań. Tak na koniec wydaje się, że właśnie uzdrowiska to są te miejsca, w których można wykorzystać i zastosować te wyniki badań i takie rodzaje rozwiązań, które są najważniejsze, najistotniejsze dla człowieka w wieku senioralnym.

A co jest najważniejsze? O tym tutaj państwo niewiele mówili dzisiaj. To *psyche*, bo proces starzenia się, poza starzeniem się fizycznym organizmu, to nie kolejny przypadek, tylko to *psyche*. Jeśli nie zadbamy o stan psychiczny... To, co my robimy z naszymi kuracjuszami. Mamy wspaniałą kadrę psychologów, którzy pracują z pacjentami w szpitalu na rehabilitacji neurologicznej czy też kardiologicznej, pracują z pacjentami na rehabilitacji ogólnoustrojowej. To psychologia. To jest ten ważny, najważniejszy chyba element, który motywuje pacjentów do tego, żeby pracować i żeby dbać o siebie.

Jeśli popatrzymy na ten problem również od strony – powiedziałbym – profilaktyki, chodzi o to, co powiedział tutaj pan profesor Małdyk: „Nie łam się". W programie polityki senioralnej państwa powinniśmy stworzyć warunki i mechanizmy, które będą pozwalały tak funkcjonować, żeby nie dochodziło do zdarzeń, które niemalże produkują nam potem pacjentów. Proszę państwa, powiem tak. Jeśli dzisiaj firma deweloperska, budując osiedle, musi zrobić ileś miejsc garażowych i to jest określone w przepisach ustawy – Prawo

budowlane, to dlaczego ta sama firma deweloperska nie może zrobić np. pewnej liczby mieszkań przystosowanych do wynajęcia dla osób w wieku senioralnym? Bo te mieszkania powinny być mieszkaniami na wynajem, żeby one spełniały określone wymogi. Wtedy te nakłady, o których mówił pan profesor, związane z dostosowywaniem mieszkań itd., będą dużo niższe, bo te mieszkania od razu będą gotowe. One będą na parterach, one będą miały odpowiednie łazienki, odpowiednią infrastrukturę wewnątrz. To są sprawy regulacyjne, związane nie tylko z leczeniem pacjentów czy elementami związanymi ze zdrowiem. To jest cały system różnego rodzaju rozwiązań i regulacji prawnych w różnych obszarach, do tworzenia takiej polityki, która pozwoli na to, żeby senior mógł funkcjonować jako zdrowy senior i żeby mu się nie zdarzały przypadki, które będą z niego tworzyły potem pacjenta.

Chciałbym zadeklarować tutaj, że Uzdrowisko Konstancin Zdrój jest gotowe do współpracy, do wykorzystania infrastruktury, którą posiada, jak również kadry, która za 2 lata... To są doświadczenia stuletnie, jeśli chodzi o uzdrowisko, związane przede wszystkim z doświadczeniami w zakresie rehabilitacji. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Bardzo dziękuję, panie prezesie. Poproszę o zabranie głosu panią profesor Danutę Ryglewicz.

Konsultant krajowy w dziedzinie neurologii prof. dr hab. Danuta Ryglewicz:

Dziękuję bardzo. Panie przewodniczący, szanowni państwo, postaram się mówić króciutko. Chciałabym podkreślić kilka aspektów toczącej się tu dyskusji. Przede wszystkim z punktu widzenia biologicznego starzenie się jest procesem fizjologicznym. Uważam, że głównym celem polityki senioralnej – tak jak tu było mówione – jest stymulacja takich działań, które spowodują, że to starzenie będzie przebiegało wolniej i łagodniej, że człowiek przez o wiele dłuższy okres swojego życia, mimo podeszłego wieku, będzie sprawny fizycznie i umysłowo. To jest jak gdyby jeden aspekt. Oczywiście, to jest konieczne i to już się dzieje, bo jak tu jesteśmy na tej sali, to wiemy, że jest więcej osób w wieku 80 lat, które są i czynne zawodowo, i aktywne fizycznie.

Natomiast jest drugi problem, że wraz ze starzeniem się wzrasta ryzyko występowania różnych schorzeń, reprezentowanych przez specjalistów z różnych obszarów medycyny. Punkt, na który chciałam zwrócić uwagę, przedstawiał pan dyrektor. Mówimy tutaj o konieczności wypracowania standardów, postępowania według zaleceń. I tutaj moja pierwsza uwaga, że konieczna jest współpraca specjalistów z tych dziedzin, w zakresie których choroby wieku podeszłego występują często. Reprezentuję neurologię – w sam raz. To jest ten obszar, gdzie jest szereg chorób częściej występujących u osób starszych. Tu trzeba wykorzystać już istniejące standardy i zalecenia, oczywiście, modyfikując je, gdyż w tych dziedzinach są opracowane standardy postępowania. Te standardy są zweryfikowane w praktyce, gdyż praktyka pokazuje, że np. wprowadzenie leczenia chorych w oddziałach udarowych w sposób istotny zmniejszyło śmiertelność i zmniejszyło odsetek osób niepełnosprawnych, więc to powinno być wykorzystane. Tak samo, jeżeli chodzi o kardiologię, prawdopodobnie pulmunologię i te inne schorzenia.

Był tu dyskutowany i omawiany problem już jak gdyby struktury organizacyjnej na bazie jednostek służby zdrowia, które mają zapewnić opiekę osobom starszym. Bez wątpienia – i to popieram – bardzo ważne jest, żeby w dużych, wielospecjalistycznych szpitalach były zespoły konsultantów geriatrów. Rzeczywiście, taka potrzeba jest pilna. Co do oddziałów geriatrycznych, mam już pewne zastrzeżenia. Proszę państwa, z jaką jednostką chorobową pacjent będzie kierowany na geriatrię? No, z kilkoma, prawda? Jeżeli pacjent będzie miał udar, to powinien być leczony w oddziale udarowym. Jeżeli zawał serca, to trafi prawdopodobnie na kardiologię. Sprowadzenie tego do czegoś takiego, że robimy odciętą granicę wieku, że powyżej 75 roku życia nie leczymy pacjentów z udarem w oddziałach udarowych, byłoby niedobre. Byłoby to zdecydowanym cofnięciem się, dlatego zdecydowanie bardziej jestem za zespołami specjalistów geriatrów, którzy będą modyfikować leczenie zalecane przez różnych specjalistów.

Kolejny problem poradni geriatrycznych, które na pewno są potrzebne, ale też można się zastanowić nad celowością tworzenia poradni, które byłyby ukierunkowane na pewien wiodący objaw. Tu często padają w odniesieniu do osób starszych, że choroby neuroz-

wyrodnieniowe, że otępienie. Ani choroba neurozwyrodnieniowa to nie jest choroba, bo to jest szereg różnych chorób, czasami bardzo skomplikowanych do zdiagnozowania, ani otępienie nie jest chorobą, bo to jest zespół chorobowy, który może występować na bazie bardzo różnych patologii, które trzeba rozpoznać, stwierdzić i dopiero leczyć w sposób przyczynowy. Dlatego wydaje się – i takie wnioski zresztą były złożone do ministerstwa, bo składałyśmy je z obecną na sali panią profesor Barcikowską – że lepiej, żeby np. powstawały poradnie zaburzeń pamięci, gdzie powinien być zatrudniony i geriatra, i neurolog, i psychiatra. W tej grupie wieku, tak jak pani mówiła, jest bardzo dużo zaburzeń psychicznych – bardzo trudnych dla opiekunów, bo sobie nie radzą z tym zespołem i bardzo trudnych dla lekarzy innych specjalizacji, jeżeli ten pacjent trafia do szpitala. No i, oczywiście, są to zespoły, które są bardzo trudne do przeżycia dla pacjenta.

Dlatego głównym moim celem mojego wystąpienia jest zwrócenie uwagi na to, że tu musi być współpraca ze specjalistami z różnych obszarów, z różnych dziedzin i że należy wykorzystać już istniejące standardy postępowania. Jeżeli tworzyć, to tworzyć zespoły różnych specjalistów na bazie poradni, a na bazie szpitala zespoły konsultantów, które by rzeczywiście troszeczkę modyfikowały czasami nadmierną farmakoterapię. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Bardzo dziękuję pani profesor za podzielenie się swoimi spostrzeżeniami, także w odniesieniu do konieczności powiązań i integracji specjalistów z różnych dziedzin w obszarze geriatrii. Teraz poproszę o zabranie głosu panią profesor Ewę Sikorę z Instytutu Biologii Doświadczalnej PAN. Proszę też o krótką wypowiedź.

Kierownik Pracowni Molekularnych Podstaw Starzenia w Instytucie Biologii Doświadczalnej im. Marcelego Nenckiego Polskiej Akademii Nauk prof. dr hab. Ewa Sikora:

Dziękuję bardzo za udzielenie mi głosu. Proszę państwa, nie jestem lekarzem, natomiast jestem gerontologiem. Chciałam tutaj nawiązać do wypowiedzi pani przewodniczącej, ale upomnieć się też o swoje. Otóż przypomnę na początku państwu jeszcze, co to jest geriatria i gerontologia. Geriatria jest to dziedzina medycyny. Gerontologia jest to nauka o starzeniu. Gerontologię zasadniczo dzielimy na socjogerontologię i biogerontologię. Biogerontologią zajmują się lekarze, ale przede wszystkim też naukowcy tacy jak ja.

My zadajemy sobie pytanie o to, dlaczego się starzejemy i jak się starzejemy. My do swoich badań stosujemy muszki, myszki, robaki, szczury, króliki, a także materiał otrzymany od ludzi, bo chcemy wiedzieć, dlaczego się starzejemy. A to wszystko po to, żeby starzenie spowolnić. Umiemy już spowalniać w laboratorium starzenie. Umiemy także przyspieszać starzenie. Wiemy już bardzo dużo na temat starzenia, ale nie możemy działać bez klinicystów, bo nasze działania są bezsensowne, jeżeli nie będziemy współpracować z geriatrią. Czyli gerontologia to jest jeden filar, geriatria to jest drugi filar, ale są to zdecydowanie naczynia połączone.

Biorę udział w wielu projektach europejskich, jeżdżę po świecie, przyjmuję gości u siebie. Jesteśmy bodajże ostatnim krajem w Europie, który nie ma Instytutu Gerontologii i Geriatrii. My musimy mieć taki instytut. Oczywiście, nie jestem politykiem, nie jestem dyplomatą. Nie wiem, skąd pieniądze wziąć na budowę takiego instytutu. Prawdopodobnie były zaprzepaszczone pieniądze strukturalne, bo były swego czasu i można było coś takiego wybudować. Natomiast słuchajcie, na Boga, robienie z Instytutu Reumatologii jakiejś hybrydy, która by miała w nazwie i rehabilitację, i reumatologię, i geriatrię, i gerontologię jest kompletnie bezsensowne. To naprawdę nie ma sensu. Nie wiem, jak pracuje Instytut Reumatologii. Być może, jeżeli on nie pracuje najlepiej, to może trzeba zrobić wszystko, żeby on pracował dobrze, natomiast musi powstać Instytut Geriatrii i Gerontologii. Jak mówię, może moja wypowiedź jest naiwna, bo nie wiem, jak to zrobić. Natomiast całe moje zawodowe życie marzyłam o czymś takim i teraz tutaj usłyszałam, że nagle powstaje Instytut Geriatrii i Gerontologii połączony z reumatologią. Jak 60 lat temu powstał Instytut Reumatologii, to być może teraz może powstać Instytut Geriatrii i Gerontologii. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Dziękuję pani profesor. O głos poprosiła jeszcze pani doktor Ewa Stanisławska-Biernat, prezes Polskiej Fundacji Reumatologii.

Zastępca kierownika Kliniki i Polikliniki Reumatologii w Instytucie Reumatologii w Warszawie dr n. med. Ewa Stanisławska-Biernat:

Państwo przewodniczący, szanowni państwo, mimo że jestem lekarzem reumatologiem i pracuję w Instytucie Reumatologii, bardzo mnie martwi, że skupiliśmy się dzisiaj wyłącznie na medycznych aspektach starzenia się i ich skutkach oraz potrzebach z tego wynikających. Natomiast ze społecznego punktu widzenia ważne jest to, w jaki sposób zapewnić finansowanie tych potrzeb zdrowotnych. Żeby to zapewnić, konieczna jest zmiana polityki społecznej, polityki dotyczącej zatrudnienia, ponieważ np. główną przyczyną niepełnosprawności, przyczyną utraty zdolności do pracy, przedwczesnej renty, absencji chorobowej są choroby układu ruchu, związane również ze starzeniem się – choroba zwyrodnieniowa stawów i kręgosłupa, osteoporoza, niespecyficzne bóle kręgosłupa. Natomiast konieczne są działania interdyscyplinarne. Skupianie się wyłącznie na aspektach medycznych wydaje mi się za małe. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Bardzo dziękuję pani doktor. Poproszę teraz o ustosunkowanie się do wypowiedzi. Ewentualnie pani profesor prosi na piśmie. Zapraszam tutaj pana dyrektora Dariusza Poznańskiego z Departamentu Zdrowia Publicznego w MZ. A następnie może już poproszę pana dyrektora Piotra Bednarskiego z Instytutu Reumatologii. I dyskusję naszą podsumuje pan profesor Bolesław Samoliński. Proponuję, żebyśmy w ciągu dziesięciu minut skończyli tę naszą dzisiejszą dyskusję, to nasze wysłuchanie. Dziękuję.

Zastępca dyrektora Departamentu Zdrowia Publicznego MZ Dariusz Poznański:

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący. Odpowiadając na część pytań pani przewodniczącej Hrynkiewicz, jeśli chodzi o liczbę specjalistów geriatrów, to według danych, które uzyskiwaliśmy wczoraj z centralnego rejestru lekarzy prowadzonego przez NIL, liczba lekarzy specjalistów, ale wykonujących zawód, to jest 321 osób. Może teraz będzie lepiej słychać. Być może te różnice w danych, które tutaj były zaobserwowane przez panią przewodniczącą, biorą się z tego, że może jest to liczba lekarzy, którzy posiadają kwalifikacje, w stosunku do liczby lekarzy, którzy wykonują zawód.

Skąd jest takie zwiększone zainteresowanie uzyskiwaniem specjalizacji? Być może z tego względu, że stopniowo – tak jak już pani profesor Wieczorowska-Tobis wspominała – sytuacja w lecznictwie geriatrycznym stopniowo się poprawia. W zasadzie, jeśli popatrzymy na liczby – zarówno na liczbę udzielonych świadczeń w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej czy leczenia szpitalnego, jak i na liczbę świadczeniodawców, którzy posiadają umowę z NFZ – to te wszystkie liczby rosną stopniowo i jakby dają nadzieję na dalszą poprawę sytuacji.

Jeśli chodzi o programy kształcenia i pytanie o to, w ilu uczelniach medycznych te programy znajdują się w minimum programowym, to tutaj pozwolę sobie udzielić odpowiedzi na piśmie, dlatego że to wymaga przeanalizowania sytuacji. Z mojej strony tyle. Jeśli pan dyrektor jeszcze chciałby uzupełnić odnośnie do tej sytuacji, to...

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Poprosimy, panie dyrektorze, aby pan minister odpowiedział na pozostałe pytania i uszczegółowił też odpowiedź na piśmie dla pani przewodniczącej Hrynkiewicz. Pan dyrektor Piotr Bednarski z Instytutu Reumatologii. Bardzo proszę.

Dyrektor Instytutu Reumatologii Piotr Bednarski:

Z przyjemnością chciałbym odpowiedzieć na dotyczące mnie pytania pani przewodniczącej. Sytuacja jest taka. Pani przewodnicząca poruszyła trzy kwestie. Po pierwsze, kolejki do reumatologa. Te kolejki do reumatologa wynikają z tej samej przyczyny, co kolejki do dermatologa i jak do innych specjalności. One wynikają tylko ze sposobu finansowania i ze źródła finansowania ze środków NFZ. To raczej nie ma nic wspólnego z przekształceniem tego instytutu.

Mogę tylko powiedzieć, że te działania, które podjąłem już na początku restrukturyzacji czy poprawy Instytutu Reumatologii, zaowocowały tym, że w ostatnim kwartale przyjęliśmy 3 tys. pacjentów więcej. Oczywiście, na te efekty musimy dłużej czekać, żeby wiedzieć, że reumatologia się rozwija, ale moją intencją jest najważniejsza rzecz, o której wspomniałem zaraz na początku mojego wystąpienia. Rozwój o nową dziedzinę, jaką jest geriatria i gerontologia, oczywiście, nie będzie się odbywał kosztem żadnej z dziedzin, które do tej pory istnieją w Instytucie Reumatologii i to realizujemy. To widać. O tym świadczą liczby. Zwiększyliśmy kontrakt z NFZ. Od wielu, wielu lat udało się po raz pierwszy zwiększyć kontrakt z NFZ właśnie na leczenie pacjentów reumatologicznych.

Jeżeli chodzi o następne pytanie, to pani przewodnicząca zapytała, czy mamy tam pomieszczenia. Oczywiście, że tak. Jak każdy dyrektor każdej jednostki w Polsce czy większości jednostek działających w systemie ochrony zdrowia, chciałbym zarządzać pięknym, nowoczesnym szpitalem z nieograniczoną powierzchnią, ale to są, oczywiście, marzenia. Mogę zapewnić, że zdajemy sobie z tego sprawę, że mamy pewne ograniczenia lokalowe, ale w tym celu, na moją prośbę i na mój wniosek do Ministra Zdrowia... Złożyłem wniosek na program restrukturyzacji i zostały nam przyznane środki w kwocie przekraczającej 22 mln złotych. Te środki są przeznaczone na budowę, na rozwój, na niezbędne remonty, przede wszystkim na rozwój i utrzymanie obecnej działalności instytutu, ale będą one służyć także i do tego, że znajdzie się odpowiednie i godne pomieszczenie dla naszych pacjentów, gdzie moglibyśmy leczyć i zajmować się pacjentami geriatrycznymi.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Bardzo dziękuję panu dyrektorowi za odpowiedź na pytania pani przewodniczącej. Chciałbym bardzo serdecznie poprosić pana profesora Bolesława Samolińskiego o podsumowanie naszego dzisiejszego posiedzenia Komisji, dotyczącego wyzwań współczesnej geriatrii i gerontologii.

Stały doradca Komisji prof. dr hab. Bolesław Samoliński:

Dziękuję, panie przewodniczący. Szanowni państwo, jest późna godzina. To trzecia godzina obrad, w związku z czym postaram się mówić bardzo krótko. Natomiast uważam, że dzisiaj spotkaliśmy się w bardzo ważnym momencie i w niezwykle ważnej sprawie. I jak zastanawiamy się nad polityką senioralną, to dotykamy kwintesencji właśnie w dniu dzisiejszym.

Dlaczego? Dlatego że polityka senioralna bardzo konsekwentnie rozwija się w naszym kraju w ciągu ostatnich dwóch lat. Przypomnę, że 24 grudnia 2013 r. rząd przyjął trzy dokumenty dotyczące polityki senioralnej. Jeden z tych dokumentów jest niezwykle istotny. To są założenia do polityki senioralnej do 2020 r. Ten dokument dosyć skrupulatnie opisuje zakres problematyki, która powinna być przedmiotem tej polityki. W tejże problematyce, oczywiście, pierwszy rozdział poświęcony jest zdrowiu, ale istnieją też inne rozdziały. Te inne rozdziały dotyczą tych sfer życia naszego kraju, społeczeństwa i ekonomiki, które osób w wieku podeszłym dotyczą nie z punktu widzenia zdrowotnego bezpośrednio, ale niewątpliwie w sposób pośredni wpływają na ich zdrowie. Zdrowie osób w wieku podeszłym ma krytyczne znaczenie.

Sama polityka senioralna i sam senior są niezwykle złożonym zagadnieniem. Jest bardzo wiele wektorów, które decydują o tym, w jakim stanie ten senior się znajduje. To są wektory, które wynikają z prawa, z życia społecznego i rodzinnego. To są wektory, które w bardzo istotny sposób wykazują, że senior znajduje się w trzech stresowych sytuacjach w swoim życiu z chwilą, kiedy rozpoczyna wiek senioralny – powiedzmy – zgodny z nomenklaturą międzynarodową, czyli 65 rok życia. Pierwszym stresem seniora jest to, że traci pracę, bo przechodzi na emeryturę. Drugim stresem seniora jest to, że bardzo często traci najbliższą osobę. Mamy dominację gospodarstw osób samotnych, gospodarstw jednoosobowych w grupie seniorów i wynika to z kolosalnej różnicy wieku między kobietą a mężczyzną. A trzeci stres wynika z tego, że opuszczają go bliscy, bo dzieci wychodzą z gniazda, zakładają własne rodziny i powoli dążą do wieku senioralnego tak jak tenże senior.

Jakie zjawiska temu towarzyszą? Zjawiska, które mają krytyczne znacznie dla zdrowia. Przede wszystkim samotność, o której tu dzisiaj była mowa. Konsekwencją tego jest depresja – 40% osób, które w programie PolSenior były badane, wykazywało cechy depresji. W związku z tym, jak mówimy o polityce senioralnej, to nie możemy mówić o tym, w jaki sposób wpływać na zjawiska, które decydują o jakości życia seniorów i o tym tu dzisiaj państwo mówili. Mają one aspekty zarówno czysto zdrowotne, jak i aspekty społeczne. I teraz te aspekty społeczne mają bardzo duże znaczenie dla tych aspektów zdrowotnych.

Chciałbym zadać takie pytanie, które każdy na tej sali, każdy polityk i każdy w ogóle obywatel, który myśli o osobach w wieku podeszłym, powinien sobie zadać. Co to jest „polityka senioralna"? Czy polityka senioralna to jest zajmowanie się usprawnianiem zdrowotnym osoby, która wylądowała w szpitalu? Czy polityka senioralna to jest troska o to, co się dzieje zanim senior trafi do szpitala, ale również o to, co się dzieje jak senior wyjdzie ze szpitala? Gdzie jest kwintesencja i największy ciężar odpowiedzialności za politykę senioralną? Chcę powiedzieć, że w mojej ocenie – jestem lekarzem i mimo to mówię z pełną świadomością – zdecydowanie największy ciężar odpowiedzialności jest poza szpitalem.

Kiedy mówimy o polityce senioralnej, to żeby ją skutecznie uprawiać, musimy mieć narzędzie do uprawiania polityki senioralnej. To narzędzie zostało wskazane przez kolejnego premiera. Tak jak poprzedni premier powiedział wyraźnie, że – to są te trzy dokumenty przyjęte 24 grudnia – aktywizujemy osoby w wieku podeszłym, dbamy o bezpieczeństwo zawodowe tych osób i mamy założenia polityki senioralnej, tak nowy premier w swoim *exposé* powiedział: „Musimy zbudować instytucję, która zajmie się seniorem w sposób profesjonalny z punktu widzenia naukowego i edukacji kadr". To dzisiaj tu zostało powiedziane. W świetle tego, oczywiście, powstaje pytanie, które zadała pani przewodnicząca. Czy rozwiązanie, do którego dzisiaj idziemy, jest właściwym rozwiązaniem? Czy Instytut Reumatologii o ustanowionym statusie, który ma zdefiniowany zakres swoich zadań i pojęć, którymi się posługuje, ma być rozszerzony o geriatrię? Jeśli tak, to w jaki sposób ta geriatria ma się tam zmieścić?

Jest proste pytanie, które zadałem byłemu wiceministrowi zdrowia Soplińskiemu w momencie, kiedy dyskutowaliśmy na temat nowych rozwiązań, nowego narzędzia do prowadzenia polityki senioralnej: „Panie ministrze, czy odbyła się debata wśród ekspertów w tej sprawie?". Nie odbyła się taka debata. Dokładnie tak. Odbyło się spotkanie konsultantów wojewódzkich. To jest stanowczo za mało.

Dzisiaj powinniśmy bowiem odpowiedzieć na pytanie, które tutaj padło z sali. Pani wiceprzewodnicząca je zadała, w związku z czym czuję się w obowiązku przypomnieć je w podsumowaniu, a nawet zadać konkretne pytanie. Ilu mamy mieć nowych pracowników instytutu, ile pomieszczeń dla nich, ile pracowni i jaki zakres tematyczny? Otóż od dłuższego czasu w kuluarach i w tym środowisku, które zajmuje się polityką senioralną, my prowadzimy dialog. Prowadzimy dysputę kuluarową, która – niestety – nie dociera do właściwych adresatów. W tym momencie myślę o kierownictwie resortu. Panu dyrektorowi Instytutu Reumatologii chcę powiedzieć, że nikt z państwa pewnie tu do pana dzisiaj nic nie ma, bo pan jest wykonawcą zlecenia. Pan jest zleceniobiorcą. Natomiast MZ przygotowało dokument – rozporządzenie Rady Ministrów w sprawie reorganizacji Instytutu Reumatologii, którego dzisiaj nikt nie cytował. Proszę państwa, ale tu jest bardzo ładnie napisane to, o czym mówimy, że gerontologia powinna być elementem składowym tego instytutu. Proszę jednak przeczytać zadania, które ma ten instytut. W zadaniach państwo już nic nie znajdą na temat aspektów społecznych – tego, co robić z seniorem przed szpitalem i po szpitalu. Tego nie ma dokładnie w tym instytucie. Są zakłady opiekuńczo-lecznicze, są szpitale, jest kształcenie lekarzy, są badania w tym zakresie. Nie ma natomiast tego aspektu gerontologicznego, o którym pani profesor Tobis mówiła, a moim zdaniem on ma w ogóle krytyczne znaczenie dla polityki senioralnej i dla tego, czy się zajmuje Komisja.

Finalnie mówiąc, mamy tę świadomość, tak? Dzisiaj na tę salę przyszło trzech ministrów z trzech różnych resortów. Jednak chcę powiedzieć, że jak prowadziliśmy pewne negocjacje dotyczące tego, kto powinien wziąć udział w Kongresie Zdrowego Starzenia,

to naszymi partnerami było znacznie więcej ministrów – i Minister Sportu i Turystyki, i Minister Gospodarki. Srebrna gospodarka też jest jednym z obszarów analiz i powinna być przedmiotem dyskusji w środowisku ekspertów. Kto ma przygotować podstawy polityki senioralnej – pracownicy, urzędnicy czy eksperci? Gdzie ma być pozycjonowane całe to zagadnienie? Myślę, że to jest kwintesencja tego, o czym powinniśmy dzisiaj rozmawiać. Czy kształt Instytutu Geriatrii w tym wydaniu, w jakim jest, odpowiada oczekiwaniom i polityce, która została nakreślona przez rząd polski? A chcę powiedzieć, że dokumenty rządowe, które zostały przyjęte, wyraźnie pokazują, w którą stronę powinny iść.

I na sam koniec pod adresem MPiPS. Wczoraj było takie podsumowanie, dlatego nie mogłem być na posiedzeniu sejmowej Komisji, bo byłem tam jako przewodniczący Rady ds. Polityki Senioralnej. Było podsumowanie współpracy z organizacjami pozarządowymi – właściwie nie tyle organizacjami pozarządowymi, co partnerami społecznymi. Rada ds. Polityki Senioralnej jest takim partnerem, w związku z czym musiałem tam być i przedstawić nasze stanowisko. Chcę powiedzieć, że w obszarze polityki społecznej idziemy bardzo szybko do przodu. Dlaczego? Bo do polityki społecznej w zakresie polityki senioralnej zostały stworzone narzędzia, Departament Polityki Senioralnej, Rada ds. Polityki Senioralnej, w związku z czym w ślad za tym zostały ustanowione programy i rząd dedykował środki na to.

Zawsze pozostaje pytanie. Jeżeli w takim razie Minister Zdrowia przyjmuje na siebie ten obowiązek prowadzenia czegoś tak istotnego, jak zagadnienie dotyczące zdrowia osób w wieku podeszłym, to musi uwzględnić wszystkie te aspekty, które wpływają na zdrowie. To jest jeden punkt widzenia. Musi zbudować narzędzie, które pozwala na analizę tych wszystkich aspektów, zarządzanie nimi i odpowiednie wnioski oraz projekty do dalszej polityki, również pozaresortowej. Tego nam zaczyna brakować w tym dokumencie, który mamy, czyli rozporządzeniu Rady Ministrów. Trzeci aspekt to zabezpieczenie finansowe, o którym znowu dzisiaj nic nie mówiliśmy. Panie dyrektorze, adresuję to do pana, choć naprawdę uważam, że jest pan osobą niezwykle odważną, podejmując się takiego zadania jak połączenie instytutów czy na bazie Instytutu Reumatologii stworzenie instytutu, który będzie również zajmował się geriatrią i gerontologią. Na to 20 mln złotych nie wystarczy. To są stanowczo za małe środki. I to nie pan powinien występować o te środki, ale powinny być one zagwarantowane w ślad za decyzją, iż powstaje tego typu inicjatywa o charakterze rządowym.

Proszę państwa, na sam koniec jeszcze, ponieważ byłem dyrektorem do spraw nauki w Instytucie Reumatologii – no, nie znam go bardzo dobrze, bo nie jestem reumatologiem, ale trochę instytut poznałem – to zawsze tak z troską myślę o instytucjach, z którymi byłem związany. Nie ukrywam, że zadaję sobie takie pytanie. W jaki sposób połączyć te dwa obszary? Czy my przypadkiem nie idziemy w tę stronę ze względu na to, że padło takie konkretne hasło ze strony premiera? Pan profesor Błędowski to ładnie określił. To, że padło takie hasło, nie znaczy, że finalny produkt ma być dokładnie tak samo nazwany. Czy my przypadkiem za jakiś czas nie będziemy mieli jednak pewnego problemu? Dorzucając nowe zadania Instytutowi Reumatologii, osłabimy sprawność jego funkcjonowania i nie zbudujemy tego, co chcielibyśmy zbudować jako podstawowe narzędzie do zarządzania polityką zdrowotną. To jest pytanie, na które nie mam odwagi dzisiaj odpowiadać, ale chciałbym, żeby wywołało refleksję, bo być może jeszcze nie jest za późno i moglibyśmy to poprawić.

Na sam koniec chcę powiedzieć jedną rzecz. Jak mówimy o onarzędziowaniu, to myślę, że narzędzia polityczne, które są potrzebne do uprawiania polityki senioralnej, powinny być dosyć różnorodne, dość rozmaite, sięgające do bardzo różnych środowisk, zapraszające do współpracy różnych ekspertów i budujące bardzo różne projekty w tym zakresie. Z tego trzeba sobie zdać sprawę, że to mają być projekty o bardzo różnym charakterze i one muszą być pozycjonowane gdzieś w tym jednym miejscu, które będzie tym zarządzało z punktu widzenia naukowego. Zawsze jest pytanie i ono wraca. Czy Instytut Reumatologii jest do tego przygotowany pod każdym względem? Czy intelektualnie jest do tego przygotowany, nie umniejszając wszystkim tym, którzy tam pracują? Bycie znakomitym reumatologiem jest dosyć odległe od bycia np. znakomitym ekspertem od psychologii społecznej czy gerontologii w obszarze biologicznym itd. Uważam, że to jest coś,

co dzisiaj powinno zostać powiedziane z całą mocą. Podsumowując tę dyskusję, która się tu toczyła, która się toczy w kuluarach, która się toczy w różnych miejscach, kiedy np. rozmawiam w Radzie ds. Polityki Senioralnej – i to na sam koniec chcę powiedzieć – jak nasi koledzy i koleżanki, którzy zasiadają w tej radzie, wyobrażają sobie właśnie to onarzędziowanie, te rozwiązania, jak MPiPS ma korzystać z tego narzędzia, to też trzeba wziąć pod uwagę. Myślę, panie przewodniczący, że tym chciałbym zakończyć, pozostawiając taki znak zapytania z nadzieją, że wywoła jakąś refleksję i być może jeszcze nam udoskonali ten projekt. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Bardzo dziękuję, panie profesorze, także za pana uwagi. Szanowni państwo, jesteśmy na początku drogi. Natomiast wszystkie osoby, które dzisiaj tu zgromadziliśmy i wszyscy interesariusze to są osoby, które są świadome potrzeby rozwiązań systemowych. Rozmawialiśmy o wielu wątkach, o wielu sprawach. Natomiast ta dyskusja jest potrzebna i te rozwiązania są potrzebne.

Chciałbym w imieniu prezydium Komisji wszystkich państwa zaprosić do stałej współpracy. Na stronie internetowej Sejmu jest plan pracy naszej Komisji na najbliższe półrocze. Chcielibyśmy, aby odnaleźli tam państwo tematy, wątki, sprawy dotyczące obszaru aktywności osób starszych, które są dla państwa interesujące, aby zgłaszali się państwo także do udziału w pracach koncepcyjnych.

Nawiązując trochę do wypowiedzi pana profesora, ale też pana dyrektora Instytutu Reumatologii oraz innych, chciałbym poinformować, co planujemy. Będę prosił o to, abyśmy mogli odbyć wizytację w Instytucie Reumatologii, aby poznać też przygotowanie instytutu do tych zadań, które – jak rozumiem – nałożyło na instytut MZ a które są realizacją zapowiedzi sformułowanych w *exposé* przez panią premier Ewę Kopacz. Jest to więc deklaracja polityczna bardzo wysokiego szczebla.

Chciałbym jeszcze raz serdecznie państwu podziękować. Na koniec chciałbym też przypomnieć słowa pani profesor Haliny Szwarc. Profesor Halina Szwarc mówiła, że zdrowie to nie tylko brak choroby, ale dobrostan fizyczny i psychiczny. Tego dobrostanu fizycznego i psychicznego chciałbym państwu życzyć na najbliższy rok.

Chciałbym także poprosić posłów z Komisji, aby jeszcze pozostali z nami, ponieważ po krótkiej przerwie będziemy chcieli przyjąć uchwałę w sprawie upamiętnienia profesor Haliny Szwarc w związku z 40. rocznicą powstania pierwszego uniwersytetu trzeciego wieku. Zamykam to posiedzenie. Informuję, że protokół z posiedzenia z załączonym pełnym zapisem jego przebiegu będzie do wglądu w sekretariacie Komisji w Kancelarii Sejmu. Za pięć minut zwołuję kolejne posiedzenie Komisji, poświęcone wyłącznie sprawie uchwały Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej. Dziękuję państwu serdecznie.